

# ANAIIS PAULISTAS DE

# MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXXI

N.º 2

Fevereiro de 1961

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

## Neste número:

Trabalhos Originais	Pág.
<i>A segurança em cirurgia gástrica</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	113
<i>Hérnia do hiato diafragmático</i> — Dr. EDUARD BENEDETO MONTE-NEIRO	171
<i>Hérnias do hiato esofágico (Síntese dos sinais radiológicos)</i> — Dr. MANUEL DE ABREU CAMPANARI	125
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina	67
Sociedade Médica São Lucas	93
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	96
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Homenagem	99
Associação Paulista de Medicina	99
Prêmio Fausto Guerner de 1961	100
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas	100
<b>Congressos e Cursos Médicos:</b>	
XIX Curso Intensivo de Cardiologia	102
Curso de Medicina Nuclear	103
<b>Assuntos de Atualidade:</b>	
Professor Gerhard Domagk	104
Laboratório "Americano de Farmacoterapia"	106
<b>Revistas Médicas:</b>	
Livros recebidos	110
<b>Boletim do Sanatório São Lucas:</b>	
<i>A Fundação para o Progresso da Cirurgia</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	115
<i>O Sanatório São Lucas em 1960</i> — Departamento de Médicos Internos e Estagiários	122
<i>O Sanatório São Lucas em 1960</i> — Movimento do Serviço de Anestesia	124
<i>O Sanatório São Lucas em 1960</i> — Relatório referente ao segundo andar	127

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobamato .....	0,400 g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010 g.
Reserpina .....	0,0001 g.
Excipiente q. s. p. ....	0,500 g.

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500 g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100 g
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,050 g
Glicocola .....	0,050 g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00 cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 835/41

Farm. M. P. LANZONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

# "PREMARIN" ENDOVENOSO

HEMOSTÁTICO FISIOLÓGICO  
DE EFICÁCIA COMPROVADA

Maior segurança no controle das  
hemorragias através de *dupla ação*:

## Ação Intravascular<sup>(1)</sup>

*Ele*va a concentração de protrombina e aumenta a globulina aceleradora. *Deprime* a antitrombina.

## Ação Extravascular<sup>(2)</sup>

*Fortalece* as paredes capilares e aumenta a resistência vascular, conforme recentes estudos histoquímicos.

*Produz hemostase dentro de 15 a 30 minutos  
após a injeção.*

APRESENTAÇÃO : frasco-ampóla contendo 20 mg de estrógenos (equinos)  
em forma conjugada e hidrossolúvel.

(1) J. F. JOHNSON : *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 94:92 jan. 1957.

(2) M. SCHIFF & H. F. BURN : Trabalho apresentado no 104.º Congresso Anual da "American Medical Association", Miami Beach, Florida, 17-7-1960.



LABORATÓRIOS AYERST LTDA.  
São Paulo — Rio de Janeiro — Porto Alegre

para o paciente tenso e ansioso

## EQUILÍBRIO EMOCIONAL

com  
1 mg.  
diário



## ANATENSOL

Dicloridrato de flufenazina Squibb

Dose: 1 mg. diário. Se necessário, a dose diária pode ser elevada para 2 mg., administrados fracionadamente, duas vezes por dia, ou 2 drágeas de 1 mg. administradas como dose única a pacientes com sintomas relativamente graves, que já utilizaram dose menor. Dose diária superior a 2 mg. deve ser empregada com precaução.

Apresentação: Drágeas de 1 mg. em frascos de 12 e 24.

"Anatensol" é marca registrada Squibb.

SQUIBB



Um século de  
experiência inspira confiança.

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

***Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO***

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr \$ 500,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

**VOL. LXXXI**

**FEVEREIRO DE 1961**

**N.º 2**

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

#### DEPARTAMENTO DE CANCEROLOGIA

Sessão em 12 de maio de 1960

Presidente: *Dr. Antônio Carlos de Campos Junqueira*

**Tratamento dos linfomas.** Dr. José Ramos Jr. — Os linfomas, conforme sua classificação clínico-patológica, apresentam sensibilidade variável aos quimioterápicos, devendo ser sempre considerado cada caso de per si, pois os prognósticos são muito variados no que respeita à sobrevida, à responsabilidade terapêutica e à maneira de evolução. Estas afirmações de ordem clínica, decorrentes de experiência neste tipo particular de tumores malignos, explicam porque casos da mesma classificação clínico-patológica apresentam evolução, sobrevida e complicações bastante variáveis e respostas terapêuticas diferentes e que são também improváveis.

De maneira geral, os linfomas deverão ser tratados pela quimioterapia associada à hormonioterapia pelos corticóides, e também pela radioterapia. A cirurgia somente em certas localizações isoladas ou nas obstruções intestinais (mais frequentes nos linfossarcomas) terá a sua indicação. Desde que o linfoma esteja assintomático, a recomendação é a de observa-

ção clínica periódica, sempre acompanhada de exames subsidiários denunciadores da sua atividade.

No estágio I — tumor localizado, limitado ao lugar da sua manifestação, sem comprometimento de outras estruturas próximas ou à distância — a indicação é a radioterapia radical, podendo ser a quimioterapia indicada para a esterilização de focos inaparentes. É nossa opinião que a quimioterapia deverá ser empregada até que se demonstre inatividade clínica e humoral do processo linfomatoso.

No estágio II — já com comprometimento regional, além do localizado, porém, sem manifestação à distância — a orientação é a mesma, porém, já é obrigatória a quimioterapia. Nos estádios III e IV — nos quais já há comprometimento à distância, porém com satisfatório estado geral e nutritivo para o estágio III, e comprometido estado de nutrição e metabólico para o estágio IV, com generalização do processo maligno — a quimioterapia tem a sua indicação absoluta, podendo ser feita a radioterapia re-

missiva nas estruturas que pelo seu volume ou pela sua localização estejam trazendo perturbações funcionais. Quando a radioterapia vai fazer parte do planejamento terapêutico deve sempre precedê-la para diminuir o volume tumoral, prevenindo o aumento volumétrico produzido pela radioterapia, que aparece às primeiras irradiações e que poderá trazer perturbações funcionais indesejáveis.

Os compostos quimioterápicos indicados são os citotóxicos e drogas correlatas, havendo preferência para o Thio-Tepa, a mostarda nitrogenada, o Nitromin e a trietilenomelamina, que apresentam resultados muito semelhantes, considerados na qualidade e na duração das remissões. Em geral, as formas menos responsivas são, pela ordem, o reticulossarcoma, o sarcoma de Hodgkin e o linfossarcoma.

Durante certo tempo, fizemos o tratamento com os citotóxicos e a radioterapia e os resultados eram semelhantes aos de outros Serviços; usávamos os corticóides somente nas complicações da mielodepressão, e as transfusões de sangue, nas anemias. Porém, há pouco mais de 2 anos estamos empregando sistematicamente a associação dos quimioterápicos com os corticóides, inspirados nos trabalhos de McCarthy para os carcinomas em geral e, de um certo tempo a esta parte, a título de trabalho isolado, o uso por tempo mais prolongado (20 dias em média) somente de dexametazona em dose alta para depois associar o quimioterápico e reduzir as doses do corticóide. A radioterapia é sempre indicada nos moldes já apontados.

Com estas normas temos a impressão de que os resultados imediatos são muito mais evidentes (melhora e bem-estar, desaparecimento da febre, grande diminuição do fígado e do baço e melhora das condições

hematológicas). Depois, os pacientes são mantidos em doses menores de quimioterápico e também de corticóide. Com a proteção, com a "cobertura" dos corticóides, a mielodepressão é muito menos encontrada e de curta duração quando se apresenta. Nada é possível dizer ainda sobre a comparação da sobrevida com estas novas táticas e a maneira de tratar somente pelo quimioterápico sem a associação com os corticóides.

Em nosso Serviço, até março de 1960, tivemos 391 linfomas, assim distribuídos: doença de Hodgkin 115, reticulossarcoma 128, linfossarcoma 72, linfoma maligno sem subclassificação 68.

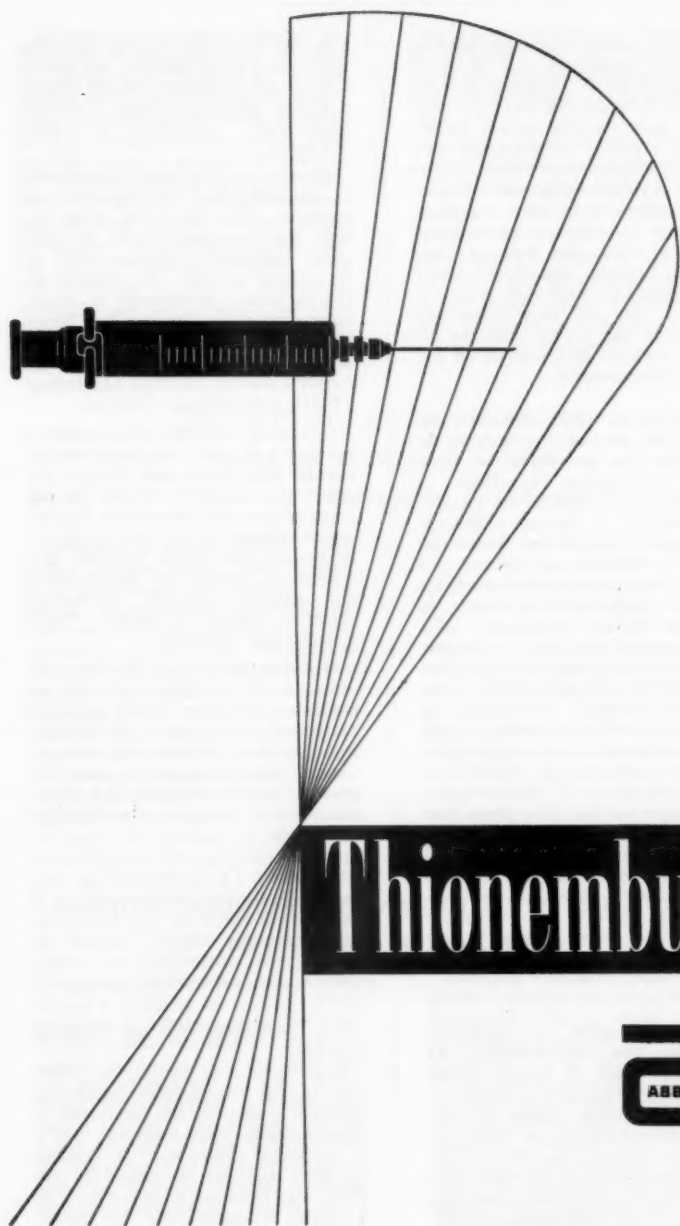
Na *doença de Hodgkin*, a grande maioria, quase todos os casos já se apresentavam nos estádios clínico-patológicos de evolução III ou IV e tivemos uma sobrevida média de 18 meses, com extremos de 6 anos e que ainda está vivendo (R.G. 54-2184) e 1 ou 2 meses de sobrevida. Os *reticulossarcomas*, em geral os menos responsivos e graves quando já em estágio III ou IV, tiveram uma sobrevida inferior a 11 meses, havendo somente um caso de sobrevida de reticulossarcoma da pele e que se acha até hoje sem recidiva (R.G. 54-1794). Os *linfossarcomas* linfócitos e linfoblásticos tiveram sobrevida média de 1 ano, havendo um caso de 4 anos ainda vivo e bem (R.G. 56-1156) e outro de 5 anos, também ainda vivo e aparentemente em boas condições (R.G. 55-1440). Os *linfomas malignos* apresentaram-se com sobrevida média maior que 2 anos, embora haja caso de sobrevida de 5 anos e 8 meses. Neste grupo dos linfomas malignos, ao que parece, por haver menor diferenciação citológica e histológica (e daí a dificuldade dos patologistas em classificá-los), os resultados foram melhores no que respeita à média de sobrevida.

Sessão em 19 de maio de 1960

Presidente: Dr. Antônio Carlos de Campos Junqueira

**Quemodectoma** (paraganglioma acromafino) da bexiga. Drs. Antônio Luisi, Francisco Glicério de Frei-

tas Jr. e Ady Brandão — Os autores apresentam o 1.º caso de quemodectoma da bexiga, verificado em paci-



Thionembutal



ente de 43 anos de idade com história recente de hematúria, que se apresentou em 5 surtos. Trata-se de neoplasia benigna, rica em vasos sanguíneos, apresentando aspecto predominante alveolar, determinado por grupos de células epitelióides, rodeados por estroma capilarizado. Redução cromafina e de Vulpian, negativas. Os autores historicam o termo paraganglioma, criado por Kohn, e criticam sua extensão, assinalando ainda a importância da verificação de tumores desse tipo em localizações nas quais ainda não foram descritas estruturas normais pertencentes ao sistema queorreceptor.

**Incidência da sífilis, etilismo e tabagismo nos pacientes portadores de câncer das vias aéro-digestivas superiores.** Dr. Renato Cappellano. — O autor realizou trabalho em pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço do Instituto Central da Associação Paulista de Combate ao Câncer.

Submeteram-se a reações de Wassermann e Kahn 1 323 doentes e os resultados foram comparados com "grupo padrão" de 2 000 casos considerados normais, grupo este que apresentou 3,40% de positividade para as reações citadas. Em média, os pacientes portadores de câncer das vias aéro-digestivas superiores apresentaram incidência de 12,03% de reações positivas, isto é, 3,5 vezes mais que o grupo padrão. Nos portadores de lesões pré-cancerosas, a percenta-

gem foi de 8,90%, isto é, 2,6 vezes mais que o grupo padrão. Os grupos com maior incidência foram: língua e soalho (20,35%), laringe (18,07%), hipofaringe (11,59%) e lábio (11,26%).

Quanto ao tabagismo comparamos os resultados de 1 801 inquiridos em pacientes, com os de um grupo padrão que apresenta 19,07% de tabagistas inveterados (fumam mais de 20 cigarros ao dia). De maneira geral, os índices percentuais de cancerosos tabagistas inveterados foram elevados. As regiões que mais chamam a atenção são: laringe (42,74%), língua e soalho (39,71%), hipofaringe (39,11%), orofaringe (37,99%).

Quanto ao etilismo, comparamos os resultados de 1 813 inquiridos em pacientes cancerosos, com "grupo padrão" que apresenta 14,02% de etilistas inveterados (bebedores habituais de bebidas de alto teor alcoólico). As percentagens foram elevadas, chamando a atenção as percentagens dos seguintes grupos: hipofaringe (34,90%), língua e soalho (34,27) e orofaringe (26,51%).

O autor admite que as altas percentagens de incidência de lues, tabagismo e alcoolismo entre pacientes cancerosos ou portadores de afecções pré-cancerosas indicam que esses fatores devem desempenhar papel importante na etiopatogenia dos tumores malignos das vias aéro-digestivas superiores.

## DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de maio de 1960

Presidente: Dr. Renato R. Corrêa

**Informações sobre o *Anopheles aquasalis*. Sua suscetibilidade ao DDT.** Drs. Renato R. Corrêa, Anísio R. de Lima e Odilon F. Guarita. — Os autores fizeram alguns estudos sobre a suscetibilidade ao DDT do *Anopheles aquasalis* (= *A. tarsimaculatus*), anofelino que apresenta ampla distribuição geográfica, pois sua incidência já foi evidenciada no México, América Central, Pequenas An-

tilhas, Venezuela, Guiana Francesa e Brasil.

Empregando a técnica da OMS, com ligeiras modificações, realizaram algumas provas a fim de aferir a suscetibilidade desse anofelino, que é o principal transmissor de malária na faixa litorânea do Estado de São Paulo que abrange os Municípios de Ubatuba, Caragatatuba, São Sebastião, Ilhabela e Peruibe.

Essas provas foram efetuadas na localidade denominada Sítio Adriano, nas cercanias do Distrito de Vicente de Carvalho, Município de Guarujá, único local onde a incidência do mosquito foi suficientemente grande para que esse trabalho pudesse ser realizado. Os exemplares foram todos coletados no interior de um estábulo, pousados nas paredes e ingurgitados de sangue. Os resultados dessas provas vieram demonstrar que o *A. aquisalis* dessa localidade mostrou-se suscetível ao DDT, tendo as CL<sub>50</sub> atingido níveis aproximados de 0,56%, 0,62% e 0,98%.

Os autores julgam interessante que os estábulos que são freqüentados por anofelinos transmissores de malária sejam rociados com DDT.

**Encontro de triatomíneos na Cidade de São Paulo.** Drs. Renato R. Corrêa, Vicente Amato Neto e Rubens Campos. — Os autores relataram o encontro de triatomíneos, das espécies *Triatoma infestans* e *Triatoma sordida*, na zona urbana da cidade de São Paulo, tendo efetuado algumas considerações relacionadas com a verificação em aprêço.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 16 de maio de 1960

Presidente: Dr. Bernardo Leo Wajchenberg

**Síndrome de Hamman-Rich.** Drs. Febus Gikovate, Diogo Pupo Nogueira e José Donato de Próspero. — Os autores descrevem um caso típico de síndrome de Hamman-Rich em um adolescente de 16 anos. Os achados clínicos, radiológicos, funcionais e histopatológicos são característicos da entidade descrita como fibrose intersticial difusa. No caso apresentado existe uma abreugrafia de 70 mm tirada 6 meses antes do início aparente da moléstia, sem as lesões encontradas nas radiografias posteriores. O início da moléstia se fez sob a forma de uma infecção gripal e a dispnéia se estabeleceu em poucos dias. O paciente foi internado na Enfermaria de Cirurgia do Tórax do Dr. Nairo França Trench. O diagnóstico clínico foi confirmado pelas provas funcionais respiratórias, que evidenciaram a presença de bloqueio alveolocapilar, e por biopsia do pulmão, realizada pelo Dr. Nairo Trench. O estudo histopatológico foi feito por um dos autores (J. D. P.). O paciente foi submetido a tratamento com corticosteróides a partir de outubro de 1959. No fim de três meses de tratamento as provas funcionais acusaram pequena melhora da insuficiência respiratória. Ainda sob a ação de pequenas doses de manuten-

ção com corticosteróides o paciente teve, em fevereiro de 1960, novo surto aparentemente gripal, com duração de poucos dias, agravando-se a dispnéia. As provas funcionais mostraram em seguida um agravamento da insuficiência respiratória, que se tornou mais intensa do que depois do primeiro surto. Além dos elementos absolutamente característicos que estabelecem, fora de qualquer dúvida, o diagnóstico, os autores chamam a atenção para a existência de uma radiografia normal seis meses antes do início aparente da moléstia, para o início brusco e aparentemente infeccioso da mesma e para a evolução por meio de surtos. A ineficácia dos corticosteróides confirma as observações já registradas na literatura.

**Cirurgia e quimioterapia das neoplasias malignas em vários centros da Europa.** Dr. David Erlich. — A quimioterapia associada à cirurgia está começando a ter uma aplicação em grande escala, na URSS. Estão usando muito Sarcolisina, inclusive agora, por via intravenosa. Um derivado desta, a Metassarcolisina, já começou a ser empregado. Outro derivado da mostarda nitrogenada, o Azolin, está se mostrando mais potente do que a sarcolisina nos ani-

mais em experimentação. Do Dopan, sintetizaram o Ftorpan, que já começou a ser empregado. O Actinocsantín e o Aurantin (derivados da actinomicina), mostraram ser muito potentes nas experiências feitas nos tumores em animais. Uma autovaccina no melanoma está sendo usada, recentemente. O Thio-Tepa está sendo produzido agora em grande escala.

Na Alemanha, em Freyburg, o Prof. Druckrey falou com entusiasmo dos resultados obtidos com o Mitomen e o Endoxan. Defende a quimioterapia associada à cirurgia e à radioterapia, como medida de ataque às metástases, o mais precocemente possível.

Em Paris, tivemos conhecimento dos resultados com o Endoxan, 17 137

do Ciba, D-G 428 da Bayer, 5-fluorouracil, Thio-Tepa e Methotrexate. Estes dois últimos apresentaram resultados mais interessantes. O primeiro desta série mostrou mais eletividade sobre o câncer anaplástico broncogênico. O Thio-Tepa intra-arterial está começando a ser usado em casos avançados.

Em Londres, as drogas mais usadas são: Myleran, Clorambucyl, Melphalan, Methotrexate e Thio-Tepa. Não usam mais o TEM no Royal Marsden Hospital; a associação da cirurgia com quimioterapia não está sendo usada neste Instituto.

Em Milão, estão usando TEM, mostra nitrogenada, B-518, sarcoclorina, Amboclorin, Thio-Tepa.

## DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 5 de maio de 1960

Presidente: Dr. José Lamartine de Assis

**Tumores congênitos do sistema nervoso. I: Cistos epidermóides e dermóides.** Drs. Horácio M. Canelas, Oswaldo Ricciardi Cruz e Rolando Tenuto. — Os autores estudam os tumores derivados de inclusões de tecidos embrionários ectodérmicos, seja de epitélio malpighiano (cistos epidermóides), seja os que incluem também elementos do derma (cistos dermóides). São feitas críticas às denominações de colesteatoma e tumor perláceo, com que os primeiros também são conhecidos.

É frisada a raridade destes tumores entre as neoplasias do sistema nervoso, particularmente dos epidermóides espinais e dos dermóides comum a lenta evolução e a incidência em jovens. A sintomatologia neurológica é extremamente variada, pois esses cistos podem situar-se em todas as porções do neuraxe. Certas formas comportam quadro clínico que poderá levantar a hipótese diagnóstica da etiologia.

São relatados 12 casos de cistos epidermóides (sendo 3 espinais) e 2 de dermóides (incluindo um diplóico).

É chamada a atenção para a possibilidade de ocorrerem alterações do líquido cefalorraqueano capazes de induzir a diagnósticos errôneos, especialmente de neurosífilis e de neurocisticercose.

O trabalho é encerrado com a referência das regras gerais da terapêutica (cirúrgica) e comentários sobre os resultados. Na sua casuística os autores registram 6 óbitos, sendo 3 pós-operatórios; os demais casos obtiveram melhoras com a extirpação do tumor.

**Comportamento da globulina do líquido cefalorraquidiano em certas afecções degenerativas do sistema nervoso central.** Dr. Antonio Spina Franca Netto. — Os resultados do exame electroforético das proteínas do líquido cefalorraquidiano de 14 pacientes portadores de vários tipos de afecções degenerativas do sistema nervoso central são apresentados e discutidos.

Como achado fundamental salienta-se o aumento da globulina  $\beta$ , verificado na maioria dos casos, oscilando em torno da normalidade

# RADIOVITAMINA

*Nas carências vitamínicas e minerais*  
*Nos estados de desnutrição e convalescenças*

## ELIXIR

*Cada colher de sopa, de capacidade média de 15 cm<sup>3</sup> contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1) .....	4,00 mg
Riboflavina (vitamina B2) .....	1,00 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) .....	1,50 mg
Niacinamida .....	15,00 mg
Pantotenato de cálcio .....	1,50 mg
Ácido ascórbico (vitamina C) .....	150,00 mg
Vitamina A .....	600 u.U.S.P.
Vitamina D2 .....	100 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio ..	110,00 mg
Glicerofosfato de sódio ...	80,00 mg
Glicerofosfato de magnésio .	75,00 mg
Malte .....	2500,00 mg
Alcool a 90° .....	2,5 cm <sup>3</sup>
Xarope .....	2,5 cm <sup>3</sup>
Água aromatizada q.s.p. ..	15,0 cm <sup>3</sup>

## DRÁGEAS

*Cada drágea de peso médio de 0,5 g contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1) .....	2,00 mg
Riboflavina (vitamina B2) .....	0,50 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) .....	0,75 mg
Niacinamina .....	7,50 mg
Pantotenato de cálcio .....	0,75 mg
Ácido ascórbico (vitamina C) .....	75,00 mg
Vitamina A .....	300 u.U.S.P.
Vitamina D2 .....	50 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio ...	55,00 mg
Glicerofosfato de sódio ...	40,00 mg
Glicerofosfato de magnésio .	37,50 mg
Drageado q.s.p. ....	500,00 mg

APRESENTAÇÃO: Vidros de 250 cm<sup>3</sup> e caixas com 30 drágeas

# COLICLASE

*Para o tratamento da disenteria bacilar,*  
*nas colítes e enterocolítes*

## SUSPENSÃO XAROPOSA

*Cada 60 cm<sup>3</sup> contém:*

Sulfato de neomicina .....	0,30 g
Ftalilsulfatiazol .....	3,00 g
Bromometilato de homatropina .....	0,0015 g
Goma adraganta .....	0,20 g
Pectina .....	0,20 g
Carboximetilcelulose .....	1,20 g
Metilparabeno .....	0,15 g
Glicerina .....	5 cm <sup>3</sup>
Água destilada .....	10 cm <sup>3</sup>
Xarope simples q.s.p. ....	60 cm <sup>3</sup>

## COMPRIMIDOS

*Cada comprimido de 0,60 g contém:*

Sulfato de neomicina .....	0,05 g
Ftalilsulfatiazol .....	0,50 g
Bromometilato de homatropina .....	0,00025 g
Excipiente q.s.p. ....	0,60 g

APRESENTAÇÃO: Em vidros de 60 cm<sup>3</sup> e embalagem de 20 comprimidos



**LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.**

os teores representativos das demais frações protéicas do liquor.

O valor do achado para o diagnóstico de certas afecções degenerativas do sistema nervoso central é discutido, bem como o significado do achado frente à natureza do processo mórbido, sua localização, sua evolução e seu caráter familiar. Baseados em publicações sobre o mesmo assunto, são discutidos os mecanismos dos quais poderia decorrer o aumento dessa fração no líquido cefalorraquidiano.

**Eletrochoque com tiobarbitúrico em ambulatório.** Drs. Harry Brandi e Arnaldo Benini. — Os autores apresentam a sua experiência na aplicação do electrochoque com tiobarbitúrico em ambulatório, baseados no tratamento de 700 pacientes, nos quais efetuaram 4.326 aplicações no decorrer dos últimos 5 anos. A adoção desta técnica elimina quase completamente os fatores medo do choque e agitação pós-choque, que constituem grande embaraço para a execução do electrochoque ortodoxo.

Inicialmente, os autores fazem um resumo histórico da convulsoterapia e revêem, em particular, a literatura sobre o electrochoque com tiobarbitúrico. Descrevem depois a técnica que usaram e o material com que trabalharam, discutindo o problema da exequibilidade do processo em ambulatório. Assim, são particularmente estudados: a apnéia; o laringospasmo; o comportamento da pressão arterial, do pulso, do electrocardiograma; e são analisados todos os pacientes que apresentavam contra-indicação de electrochoque. O tiobarbitúrico usado foi o Tiopental na dose média de 0,25 g.

Os resultados são expostos em quadros e gráficos. O medo do choque e a agitação pós-choque foram quase completamente evitados, pois houve um índice elevado de pacientes que completaram o tratamento (86,6%) e baixa incidência de agitação pós-choque (0,1%).

Os autores não observaram caso algum de laringospasmo e o estudo da apnéia mostrou que tanto no electrochoque com tiobarbitúrico como no electrochoque sem o tiobarbitúrico os períodos de apnéia permaneceram dentro dos limites tidos como de segurança. As alterações da pressão arterial, do pulso e do electrocardiograma não são suscetíveis de trazerem apreensões que tornem o método contra-indicado.

Os pacientes portadores de distúrbios que habitualmente contra indicam o electrochoque e aos quais este foi feito, porque as vantagens que daí decorreriam compensariam com larga margem os riscos, suportaram bem o electrochoque com tiobarbitúrico e as complicações surgidas nestes pacientes foram semelhantes àquelas que aparecem no electrochoque sem o tiobarbitúrico.

As complicações surgidas nos 700 casos foram semelhantes às inerentes a qualquer tipo de convulsoterapia e as decorrentes da administração intravenosa de tiobarbitúrico. Durante os 5 anos não foi observado caso algum de morte.

Os autores concluem que a técnica de electrochoque com tiobarbitúrico por eles utilizada é exequível em ambulatório, podendo constituir método de rotina, em vista de suas vantagens sobre o electrochoque ortodoxo.

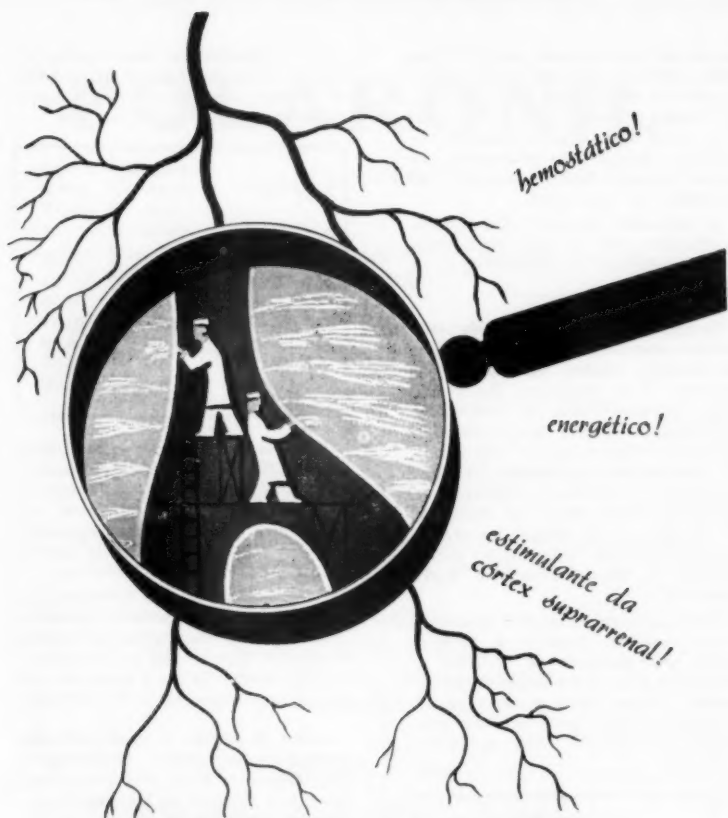
## DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de maio de 1960

Presidente: Dr. Raphael Giannella

**Ação dos corticosteróides sobre o broncospasmo provocado pela histamina e serotonina.** Dr. Ernesto Mendes. — Na asma experimental do coelho, de tipo anafilático, o ACTH

e a cortisona e derivados apresentam ação protetora. Diante disto, houve interesse em verificar se a inalação de histamina ou de serotonina, substâncias reconhecidamente provoca-



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com  $\text{pH} \approx 7$

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

**Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

doras de broncospasmo, seria inibida pela ação de corticosteróides. Estes hormônios foram dados por via oral, sob forma de prednisona e triancinolona, cinco dias antes da inalação. As referidas drogas não protegeram os cobaios da ação bronco-constritiva da histamina e serotonina.

O mecanismo de ação destes corticosteróides sobre a asma experimental anafiláctica e farmacológica é discutido.

**Excreção urinária cíclica de substância semelhante ao pregnanediol em homens adultos normais** (Nota prévia). Drs. Francisco Bastos de Jorge, Raphael Giannella, Archimedes A. Martinez, Maroto Sato e Antonio Barros de Ulhoa Cintra. — No estudo da excreção do pregnanediol urinário montamos o método de Guterman e Schroeder. Obtivemos boa recuperação e uma curva linear no colorímetro Klett, com curva de cor determinada no espectrofotômetro Beckmann DU.

Verificando em mulheres aparentemente normais, dosando o pregnanediol em períodos de 6 dias, a começar 6 dias após o início da menstruação, encontramos a curva típica já descrita, como pode ser exemplificada no seguinte caso (paciente (Z.A.S.):

<i>Datas</i>	<i>Volume de 24 h. (ml)</i>	<i>Preg-nane-(mg/V)</i>	<i>Observações</i>
28- 9-1959	1.000	8,15	Início da menstruação
2-10-1959	1.056	13,38	
8-10-1959	1.300	24,80	
10-10-1959	—	—	
16-10-1959	800	5,08	
22-10-1959	740	10,83	
30-10-1959	975	21,77	
5-11-1959	775	27,20	

Em mulheres grávidas encontramos os resultados concordantes com a tabela publicada por Guterman.

Verificamos que amostras de urina de homem davam, pelo método empregado, leituras correspondendo a qualquer coisa semelhante a pregna-

nediol. Resolvemos fazer curvas, colhendo urina de 24 horas em períodos de 6 dias, e encontramos resultados como no caso do indivíduo J. C.;

<i>Datas</i>	<i>Volume urinário (ml)</i>	<i>Preg-nanediol (mg/V)</i>
27-10-1959	1.000	18,95
3-11-1959	960	58,21
10-11-1959	1.000	16,50
17-11-1959	1.050	20,34
24-11-1959	1.050	8,90
2-12-1959	880	58,87
16-12-1959	1.050	28,70

Em 5 casos estudados os resultados são semelhantes. Resolvemos analisar a natureza da substância dosada e para isso recolhemos um "pool" de 50 litros de urina de homens aparentemente normais e extraímos a substância pela técnica de Guterman.

Estamos nesta fase do trabalho, mas o plano do mesmo admite separação cromatográfica, determinação do peso molecular, espectro de infravermelho e propriedades físicas e químicas das substâncias separadas pela adsorção.

**Lesões hepáticas e renais em cães submetidos ao choque hemorrágico.** Drs. Thales de Brito, Gil Soares Bairo e José Ribeiro de Menezes Netto. — Foram estudadas 46 biopsias de rim e 41 de fígado de cães submetidos a choque hemorrágico durante 8 horas. São as seguintes as conclusões do presente trabalho: 1) Observaram-se, tanto no fígado, quanto no rim, sinais de lesão do endotélio vascular, por hipóxia, expressas através de vasodilatação parálitica, áreas de edema e hemorragia. No fígado verificaram-se, além disso, aspecto de congestão passiva e ocasionais trombose das veias supra-hepáticas. 2) Nos casos mais graves, observaram-se lesões degenerativas e necróticas para o lado das células parenquimatosas. A degeneração hidrótica, dependente da fragmentação de condriomas, decorre de hipoxemia. A necrose hialina é o produto de uma súbita supressão do suprimento sanguíneo à célula. As lesões foram vistas lado a

# POLARONIL

Comprimidos

- Poderosa associação corticosteróide — anti-histamínica  
(Com acréscimo de Vitamina C)
- Especialmente indicada no tratamento das afecções alérgicas e inflamatórias:

**do aparelho respiratório:** asma alérgica e rinite vasomotora;

**da pele:** dermatites atópica (eczema), de contato e esfoliativa — urticária, prurido e angioedema;

**dos olhos:** conjuntivites e ceratites — irites e iridociclites — coroidites, coriorretinites e uveítes.

## COMPOSIÇÃO: (por comprimido):

0,25 mg de acetato de dexametasona  
2 mg de maleato de cloroprofenpiridamina  
75 mg de ácido ascórbico.

## DOSE:

1 a 2 comprimidos 4 vezes ao dia.

## APRESENTAÇÃO:

Frasco com 20 comprimidos.



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

SCHERING S/A.

Rio de Janeiro

São Paulo — Curitiba — Porto Alegre — Salvador — Recife — Belo Horizonte — Juiz de Fora — Fortaleza

lado no mesmo órgão, desta maneira atestando que, provavelmente, o mecanismo vasospástico é não só focal em relação a determinados territórios do organismo do cão, mas também focal dentro de determinado órgão. 3) As lesões renais não são semelhantes às encontradas no homem. Em alguns casos, notou-se mesmo predominância de necrose nos túbulos proximais. 4) As necroses hepáticas afetaram predominantemente os segmentos intermédio-lobulares, não existindo explicação razoável para tal fato.

**Corticóides no sangue da veia adrenal da cobaia.** Drs. Abram Fajer e Margarida Mello Aires. — Os autores, usando técnicas cromatográficas, estudaram os corticosteróides livres isoláveis no sangue da veia adrenal. Demonstraram, usando várias técnicas (absorção ao ultravioleta, fluorescência alcalina, acetilação, oxidação e espectro de absorção em ácido sulfúrico) que o principal corticóide secretado é a hidrocortisona, em níveis de  $3\gamma/g$  de glândula adrenal por minuto. Estudaram a ação de várias drogas sobre esta secreção.

**A desidrogenase isocítrica no diagnóstico das hepatites** (Nota prévia). Benjamin José Schmidt e Isaías Raw. — Os autores estudaram a atividade

da desidrogenase isocítrica no soro de 87 pacientes. Estabeleceram os seus normais: adultos, 0 a 300 u.; recém-nascidos e lactentes (até 2 meses), 26 a 510 u. Evidenciaram um aumento nítido da desidrogenase isocítrica sérica nas hepatites, níveis estes que caem com o evoluir da moléstia e com taxas normais por ocasião da cura clínica e laboratorial. Realçam a presença de atividade desidrogenásica isocítrica normal em enfarte miocárdico agudo, cirrose de Laennec, carcinoma de próstata, diabetes mellitus, febre reumática aguda, glomerulonefrite crônica, moléstia de Hodgkin, febre tifóide e prenhez a termo.

Mostram ainda níveis normais ou levemente aumentados em 3 casos de atresia congênita das vias biliares e 2 casos de obstrução mecânica extra-hepática das vias biliares; isto sugere que a dosagem da desidrogenase isocítrica constitui provável meio de diagnóstico diferencial das icterícias do primeiro trimestre da vida no que diz respeito à diferenciação entre lesão hepato-ecular e síndrome obstrutiva biliar. Frisam as vantagens técnicas da dosagem da desidrogenase isocítrica, quer pela sua execução fácil e rápida, e pequeno volume de soro utilizado (0,1 ml), como por se conservar a atividade sérica por mais de 45 dias quando guardado em congelador a  $-18^{\circ}C$ .

## DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 3 de maio de 1960

Presidente: Dr. Felipe José Figliolini

**Problemas cirúrgicos do reto e ânus na criança.** Dr. Virgílio Carvalho Pinto. — Dentre as afecções congênitas cirúrgicas do cólon, reto e ânus na criança, destacam-se, pela sua frequência e gravidade, o chamado "ânus imperfurado" e a doença de Hirschsprung, sobre as quais o autor fez uma súmula dos aspectos mais importantes sob os pontos de vista pediátrico e proctológico.

Com relação à chamada "imperforação anal", refere-se à frequência e

à necessidade de tratá-la convenientemente de maneira a evitar as consequências de uma estenose ou incontinência anal. Refere-se aos meios diagnósticos que permitem traçar uma conduta terapêutica segura. Estuda a indicação operatória nas atresias acompanhadas de fistula, analisando os resultados em função da sua experiência, seguida de longo "follow-up". Apresenta seus resultados com a reconstituição plástica do esfíncter externo do ânus.

Com referência ao problema da doença de Hirschprung, salienta a grande frequência da afecção em nosso meio. Analisa os meios diagnósticos e traça a conduta terapêutica.

Mostra, em função da sua longa experiência com o megacólon na criança, resultados bastante satisfatórios, quer no recém-nascido, quer na criança maior.

# RUBROMALT

*Extrato de malte  
Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D  
Complexo B, Extrato de Fígado  
Aminoácidos e Minerais.*

★

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

# STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tônico neuro-muscular por excelência*

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estrictina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estrictina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estriçnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

DRÁGEAS DE DOSAGEM ÚNICA

★

*Amstras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 25 de abril de 1960

Presidente: *Dr. Bernardo Léo Wajchenberg*

**Disgenesia gonadal com fenótipo masculino e provável constituição cromossômica XO.** Drs. Walter Bloise, Lício Marques de Assis, Cássio Bottura e Iris Ferrari. — Os autores apresentam um caso de disgenesia gonadal onde estavam presentes os estigmas característicos da síndrome de Turner: palato em ogiva, implantação baixa de cabelos e orelhas, abundância de nevos e agenesia do rim esquerdo. O fenótipo masculino acompanhava-se de um testículo embrionário na crista genital à esquerda. A contagem dos cromossomos evidenciou a presença de 44 autossomos e um cromossomo sexual X, inexistindo provavelmente o cromossomo Y. O desenvolvimento do testículo embrionário e do fenótipo masculino não dependeu da presença do cromossomo Y, considerado característico do sexo.

**Constituição cromossômica e sexo nuclear de um caso de hermafroditismo verdadeiro.** Drs. Lício Marques de Assis, Dorina Reichhardt Epps, Iris Ferrari e Cássio Bottura. — O interesse da apresentação de um caso de hermafroditismo verdadeiro prende-se ao desenvolvimento de novas técnicas que têm sido usadas para determinação do sexo genético e da constituição cromossômica dos tecidos. Tais técnicas têm sido introduzidas para estudo e visando às interpretações patogênicas dos casos de intersexualidade humana. A aplicação do estudo da cromatina sexual foi iniciada com Décourt e col. nos casos de síndrome de Turner. No que respeita ao estudo da constituição cromossômica, tem sido aplicado mais recentemente nos casos de intersexualidade. Tal estudo apresentava algumas dificuldades técnicas, que foram em grande parte simplificadas por Bottura e col., em Ribeirão Preto; estes autores, pela introdução da colcicina intravenosamente no homem, conseguiram obter, por punção, amostra de medula óssea esternal, onde foi

possível realizar com segurança a contagem dos cromossomos celulares e a feitura de idiogramas, sem necessidade de culturas teciduais. A aplicação deste novo método para o estudo do hermafroditismo verdadeiro, o resultado obtido e analisado em função da constituição genotípica e aspecto fenotípico e um estudo especializado do padrão psicológico, são as razões que justificam a apresentação deste caso.

Trata-se de indivíduo de 14 anos, criado como menino, nascido com anomalia de órgãos genitais externos: pênis sem uretra, dobras labioscrotais sem testículos, entre as quais há uma depressão infundibuliforme com um orifício. Dos 13 aos 14 anos entrou em puberdade, surgindo pêlos axilares e pubianos e desenvolvendo-se as glândulas mamárias como numa menina adolescente. O exame físico nada revelou de anormal além do que ficou assinalado. No canal inguinal, à direita, palpou-se uma formação de consistência elástica, que se comprovou ser um ovoteste. O estudo do padrão psicológico revelou personalidade masculina com poucos traços femininos. A uretrocistografia e a laparotomia exploradora revelaram a presença de seio urogenital recebendo de um lado a uretra (a bexiga foi visibilizada) e a vagina de dimensão de adolescente, útero pequeno com a trompa, pavilhão e ovário à esquerda. O exame macroscópico e histológico comprovou a existência de ovário à esquerda e ovoteste à direita. O esfregaço oral revelou sexo genético feminino. A constituição cromossômica, estudada pelo método de Bottura, mostrou-se do tipo XX, caracteristicamente feminina. Os autores citam 2 casos de hermafroditismo verdadeiro estudados sob este mesmo ponto de vista, mas com fenótipo masculino (distribuição de pêlos, ausência de desenvolvimento de mamas) e com a mesma constituição genética, e com sexo nuclear feminino

símbolo  
de seriedade  
Industrial



A inauguração dessa nova  
sede finca mais um  
marco no progresso da  
indústria farmacêutica  
nacional, testemunha  
mais uma vez  
a projeção do  
Instituto De Angeli do Brasil.  
A distinta Classe Médica  
sabe que pode contar  
com a produção  
farmacêutica nacional  
e confiar plenamente  
na marca DE ANGELI...

símbolo de seriedade Industrial

LENTOSULFINA

ANADOR

GLUTAFITON

LENTOMICETINA

STEROFITON

DEATUSSAN

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL

(presença da cromatina de Barr em mais de 30% das células da mucosa oral). Considerando as tentativas que estão sendo feitas para a interpretação patogênica do problema da intersexualidade, os autores acham que o relato de tais casos é sempre de interesse. Lembram ainda os autores que a ausência do cromossomo Y não impediu o aparecimento da gônada masculina, que tinha aspecto semelhante, histologicamente, ao dos testículos ectópicos. A possibilidade de mosaico não pareceu provável em face da frequência da cromatina de Barr no tecido testicular do ovoteste. A contagem de cromossomos nas células testiculares e ovarianas não foi feita. Tendo em vista as peculiaridades especiais do paciente aqui referido, os autores esperam que este relato traga uma contribuição importante para ulterior discussão do problema da intersexualidade na espécie humana.

**Constituição cromossômica num caso de síndrome de Klinefelter.** Drs. Nelson Leon, Iris Ferrari e Cássio Bottura. — Os casos de ginandromorfismo nos insetos atraíram a atenção dos geneticistas por serem facilmente reconhecíveis. Na *Drosophila melanogaster* existem certos caracteres fenotípicos diferentes nos dois sexos (comprimento das asas, pentes sexuais, traços transversais no abdome, etc.). Estes caracteres no mesmo indivíduo, dão aos ginandromorfos aspectos assimétricos no corpo que os tornam facilmente reconhecíveis. O corpo destes indivíduos é formado, pois, de pedaços de tecidos de sexos diferentes, o que foi denominado de mosaicismo sexual. A constituição cromossômica da drosófila é responsável pelo sexo do indivíduo, sendo a relação cromossômica X-autossomos, importante na determinação do sexo do indivíduo. O Y seria um cromossomo inerte, um blank em matéria de determinação do sexo. O fenômeno de não-disjunção ou a não segregação dos cromossomos XX na oogênese é tido como responsável pelos diferentes tipos de ginandromorfismo presentes na drosófila. Os tipos de zigotos possíveis seriam

em número de quatro, ou seja XXX, XXY, X, Y, sendo que o primeiro e o último produzem indivíduos que não chegam à idade adulta. Teoricamente, tem-se aventado a hipótese destas mesmas constituições se encontrarem no homem e só foi possível identificar casos similares no homem depois do aperfeiçoamento das contagens de cromossomos; recentemente, foram publicados por Ford e col. casos de XO e XXY correspondentes às síndromes clínicas de Turner e Klinefelter, respectivamente, e mais outras aberrações cromossômicas localizadas em autossomos acrocêntricos, como aquelas encontradas no mongolismo.

Um indivíduo de 26 anos de idade com a síndrome de Klinefelter (ginecomastia bilateral não devida a hipotestosteronismo, certo grau de eunucoidismo, distribuição feminina de pelos e da gordura, aspecto histológico testicular e mamário típico, gonadotrofinas aumentadas), caso publicado recentemente por Leon e col., apresentou um desenvolvimento das células de Leydig e conjuntamente um desenvolvimento mamário exuberante após a aplicação de altas doses de gonadotrofina coriônica, por alguns meses. A resposta mamária exuberante, provocada pelos estrógenos circulantes, provenientes da estimulação das células de Leydig, pareceu-nos depender de uma constituição especial do indivíduo e a contagem cromossômica de mais de 20 células da medula esternal nos permitiu verificar que se tratava de um indivíduo com uma constituição cromossômica XXY. Todas as células contadas tendo apresentado o mesmo número de cromossomos (47), não conseguimos confirmar em nosso paciente o aspecto de mosaicismo descrito noutro caso de Klinefelter. Não fica afastada a possibilidade mais remota do paciente ser do sexo feminino (XX) e trissômico para um dos pequenos autossomos acrocêntricos. Recentemente, foi reconhecida a possibilidade de que, no homem, a não disjunção poderia ocorrer também na espermatogênese, o que não tem sido verificado na drosófila.

# EXCERPTA MÉDICA

*Serviço internacional de resumo, em inglês  
sobre todos os ramos da medicina*

PUBLICAÇÕES MENSAIS:	US\$
I — Anatomia, Antropologia, Embriologia e Histologia ...	19.00
II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia .....	37.00
III — Endocrinologia .....	13.00
IV — Microbiologia Médica, Imunologia e Sorologia .....	13.00
V — Patologia Geral e Anatomia Patológica .....	30.00
VI — Medicina Interna .....	30.00
VII — Pediatria .....	13.00
VIII — Neurologia e Psiquiatria .....	19.00
IX — Cirurgia .....	21.00
IX-B — Ortopedia e Traumatologia .....	8.00
X — Obstetrícia e Ginecologia .....	13.00
XI — Otorrinolaringologia .....	13.00
XII — Oftalmologia .....	13.00
XIII — Dermatologia e Venereologia .....	19.00
XIV — Radiologia .....	13.00
XV — Doenças do Torax .....	16.00
XVI — Câncer .....	15.00
XVIII — Doenças Córdio-casculares .....	15.00
XVIII — Doenças Córdio-vasculares .....	15.00
XIX — Reabilitação .....	15.00
XX — Gerontologia e Geriatria	

## PUBLICAÇÕES TRIMESTRAIS (Resumo da Medicina Soviética):

### PARTE A:

<i>Ciências Médicas Básicas</i> .....	15.00
---------------------------------------	-------

### PARTE B:

<i>Clínica Médica</i> .....	15.00
<i>Assinatura mista (A e B)</i> .....	25.00

### PUBLICAÇÕES ISOLADAS:

<i>Sinónimos de Farmacologia e Química</i> .....	5.00
<i>Efeitos colaterais dos medicamentos</i> .....	5.00

*Roga-se enviar suas ordens para:*

Seu livreiro

**EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 111 Kalverstraat, Amsterdam,  
The Netherlands (Holanda).**

**EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 2 East 103rd Street, New York  
29, N. Y., U. S. A.**

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de agosto de 1960

Presidente: Dr. José Gonzaga F. Carvalho

**Debates entre médicos de empresas e representantes, médicos ou administrativos, de instituições de previdência social.** — O primeiro assunto discutido foi a participação dessas instituições no exame para seleção médica inicial dos candidatos. O representante do IAPM informou que é rotina para o instituto dos marítimos fazer sistematicamente esse exame. O representante do IAPI declarou que o órgão dos industriários não fez e não poderá fazer exames prévios. O representante do IAPC objetou que, sem conhecer as condições de trabalho da empresa, o médico do instituto não poderá fazer uma seleção rigorosa. Vários colegas que se manifestaram conduziram à opinião unânime de que há interesse em que os Institutos de Pensões e Aposentadoria colaborem no recrutamento da mão de obra, necessitando, porém, de padronização, o que será objeto de estudo de comissão a ser formada.

Outro ponto debatido foi o encaminhamento de doentes aos institutos e normas para facilitar esse encaminhamento. A Mesa propôs aos presentes a redação e máxima divulgação de normas instruindo os médicos das empresas sobre como recorrer aos Institutos de Aposentadoria e Pensões, e a criação de postos de atendimento em zonas de alta concentração industrial. O representante do IAPC aludiu às dificuldades administrativas decorrentes da descentralização,

já tentada por essa instituição. Por sua vez, o médico-chefe de um dos postos do IAPI referiu que esse instituto mantém 4 postos autônomos para atendimento na Capital, descrevendo em detalhe o seu funcionamento. Os postos atendem para assistência, além dos indivíduos em gozo de benefício, todas as emergências, bem como os tuberculosos, leprosos, psicopatas e casos de outras enfermidades. Um folheto explicativo desses atendimentos será enviado à Mesa. O representante do IAPC descreveu o atendimento nesse instituto, facilitado pelo atendimento no hospital, referindo com detalhes a assistência aos tuberculosos. O representante do IAPM indicou as modalidades de atendimento em São Paulo. Diversos dos presentes manifestaram-se a respeito do atendimento pelos institutos, referindo inclusive a duplicidade de serviços prestados por outras instituições. Dos debates, resultou a necessidade de redigir normas de encaminhamento, suficientemente detalhadas para fornecer instruções aos médicos das empresas, sugerindo-se inclusive a criação de postos de atendimento nos locais de alta concentração de indústrias.

Por proposta da Mesa, serão enviados ofícios aos vários institutos, para comunicar o que foi debatido na presente reunião e solicitar cooperação no sentido de pôr em prática as sugestões apresentadas.

## DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

(Ribeirão Preto, SP) — Sessão em 19 de agosto de 1960

Presidente: Dr. José Lamartine de Assis

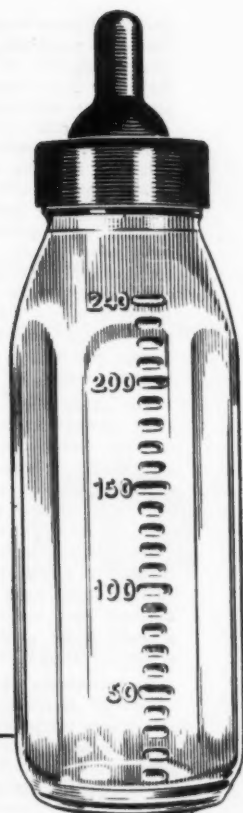
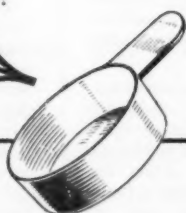
**Comportamento e lobo temporal.** Dr. Jorge Armbrust-Figueiredo. — O estudo das funções do lobo temporal relacionadas com o comportamento do animal e do homem, desenvol-

veu-se sobremaneira a partir de 1937, quando Papez, em seu trabalho "A Proposed Mechanism of Emotion", chamou a atenção para o papel desempenhado pelo circuito hipo-

# PELARGON...

fácil de receitar...  
facílimo  
de preparar !

1 medida rasa de pó (5 g)  
para cada 20 cm<sup>3</sup> de água !



Está pronta a mamadeira de leite  
integral acidificado já adicionado  
de açúcares e amido pré-cozido.



po-fórnix-corpo mamilar-tálamo anterior-giro cingulado na regulação do comportamento emocional; e quando Klüver e Bucy descreveram as "mais dramáticas alterações do comportamento até então produzidas em animais", como resultado da ablação bilateral do lobo em macacos; verificaram que os animais apresentavam uma síndrome característica, representada por cegueira psíquica, fortes tendências orais, "hipermetarmofose", diminuição da agressividade e perda da reação de medo, hipersexualidade e apetite voraz; estes resultados foram confirmados, posteriormente, por vários autores, tanto em animais, como no homem.

Por outro lado, os estudos de Penfield demonstraram que a estimulação do córtex temporal permitia a reprodução de uma grande variedade de manifestações apresentadas pelos pacientes durante suas crises epiléticas, como ilusões e alucinações. Distúrbios sensoriais, afásicos, vegetativos, motores e psíquicos foram descritos, não só como resultado da excitação cortical, mas também de estruturas situadas mais profundamente, como o núcleo amigdalóide.

As alterações de comportamento alimentar não são muito frequentes nas lesões temporais. Quando existem, em geral se traduzem pela sensação de fome. Na fase crítica da descarga epileptica traduz-se por fome que aparece bruscamente, que se acompanha de sensações epigástricas e faríngeas, e que não se altera pela ingestão de alimentos; é devida a descargas originadas no núcleo amigdalóide, na ínsula ou na região do uncus, que provocariam o aparecimento de contrações gástricas e esofágicas, com consequente aparecimento da sensação de fome. Durante a fase pós-crítica a sensação de fome é mais duradoura e desaparece com a ingestão de alimentos; seria explicada por descargas amigdalíanas que, por via hipotalâmica, agiriam sobre o pâncreas, com aparecimento de hipoglicemia que seria a responsável pela fome. Nos períodos intercríticos o comportamento alimentar sofre alterações apenas qualitativas, surgindo discretas tendências orais.

As alterações da memória são bastante comuns durante as crises temporais, manifestando-se como ilusões e alucinações, que constituem o "dreamy state" de Jackson, e que puderam ser reproduzidas por Penfield e col. durante estimulações do córtex temporal. As perturbações permanentes da memória têm sido observadas no homem, como resultado da ablação bilateral do hipocampo e do giro hipocampal.

As perturbações do comportamento sexual têm sido estudadas detalhadamente em animais, pela produção de lesões no núcleo amigdalóide e pela ablação bilateral do lobo temporal. No homem estas perturbações não são tão evidentes. Gastaut e Colomb verificaram, durante o período intercrítico, hipossexualismo em 71%, comportamento sexual normal em 25% e perversão sexual em 3% de seus 36 pacientes. O autor, estudando 45 pacientes com distúrbios sexuais, encontrou hipossexualidade em 71%, excitação sexual em 20% e perversão sexual em 22%.

O comportamento emocional sofre alterações frequentes nas lesões destrutivas ou irritativas do lobo temporal. Em geral os pacientes se apresentam com grande variedade de sintomas, embora predominem a depressão, a ansiedade, a irritabilidade, a agressividade. Gastaut e col. observaram uma síndrome de hipoeccitabilidade global em 72%, comportamento normal em 22%, hiperexcitabilidade global em 6% de seus 60 pacientes. O autor estudou as alterações apresentadas por 236 pacientes com epilepsia temporal, verificando depressão em 59%, agressividade em 33%, irritabilidade em 32%, angústia em 22% e ideias de tipo obsessivo em 6%. De Jong e col. analisaram as reações esquizofrênicas apresentadas por pacientes com epilepsia temporal, sugerindo uma base orgânica para tais manifestações e concluindo pela existência de uma síndrome esquizofrênica sintomática, em contraposição à esquizofrenia clássica que, para eles, seria correspondente ao tipo idiopático. Por outro lado, Freeman refere excelentes resultados pelo emprego da amigaloidectomia no tratamento das alucinações auditivas.

**O maior acontecimento  
na terapêutica da**

**dôr**

- ação analgésica eletiva imediata e prolongada
- mais ativo e menos tóxico que a morfina
- não é hipnótico, nem conduz ao habito
- não interfere no psiquismo e na percepção sensorial
- não acarreta síndrome de privação

**palfium**

**R. 875**

(Bitartrato de dextromoramida)

**SÍNDROMES DOLOROSAS**  
agudas e crônicas, notadamente nas dores  
agudas resistentes aos demais analgésicos. Em  
obstetrícia possui, ao lado da ação analgésica,  
a propriedade de acelerar o trabalho de parto.

Frasco com 10 comprimidos • Caixas com 3 e 50 ampolas

*Observação: - Só pode ser prescrito em formulário  
do S.N.F.M.F., Tabela "B".*

**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.**

**PAL P-1**



**RIO DE JANEIRO**

Em conclusão, podemos dizer que o lobo temporal apresenta grande variedade de funções relacionadas com o comportamento do animal e do homem. A conduta emocional resultante de lesões temporais correspon-

de ao tipo depressivo com períodos de agressividade, contrastando com o comportamento que decorre das lesões do lobo frontal, em que predominam a euforia, a puerilidade e a falta de iniciativa.

## DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de agosto de 1960

Presidente: Dr. Raphael Giannella

**Blastomicose sul-americana experimental no cobaio: estudo imunológico e anátomopatológico.** Drs. Celeste Fava Netto, Thales de Brito e Carlos da Silva Lacaz. — Foi levado a efeito estudo imunológico e anátomo-patológico da blastomicose sul-americana experimental, em 38 cobaios inoculados em um testículo com 0,25 ml de uma suspensão de cultura cerebriforme de *Paracoccidioides brasiliensis* (escala 3 de McFarland). Dezoito cobaios receberam a suspensão de cultura original (amostra 395 do Departamento de Microbiologia e Imunologia), 5 a suspensão da cultura obtida através de uma passagem, 5 a suspensão depois de duas passagens, e 10 a suspensão depois de três passagens em testículos de cobaios. O estudo imunológico foi realizado em 33 e o anátomo-patológico, em 35 cobaios. A infecção experimental foi seguida até 285 dias após inoculação.

As reações intradérmicas, realizadas com polissacaríde extraído do *Paracoccidioides brasiliensis*, de acordo com a técnica proposta por Fava Netto, tornaram-se positivas 10 a 15 dias após a inoculação. As reações de precipitação e fixação do complemento ficaram positivas na maior parte dos casos, 15 a 30 dias após inoculação. Entretanto, a positividade destas reações foi vista, em alguns casos, somente ao redor de 50 dias. O exame anátomo-patológico mostra na primeira semana reação histiocitária e a neutrófilos, algumas vezes com formação de granulomas. Necrose apareceu cerca de 20 dias após inoculação, com morte de parte dos parasitas. Posteriormente, verifica-se invasão das

áreas necróticas por neutrófilos, dando origem a abscessos crônicos. A infecção é usualmente localizada e o título de anticorpos aumenta e diminui rapidamente, sem que eles desapareçam totalmente da circulação. Observaram-se recrudescências morfológicas e anatômicas da doença, algumas vezes levando a fistulização tardia através da pele, com saída de material puriforme. Parasitas em reprodução ativa foram vistos mesmo 285 dias após a inoculação.

As passagens sucessivas de culturas através do testículo de cobaios exacerbam a virulência do parasita, surgindo, então, lesões metastáticas no testículo oposto e, em dois casos, no gânglio linfático que drenava a área inoculada. Algumas vezes houve ruptura da túnica albugínea, formando bolsa purulenta ao redor do testículo. Entretanto, nestes casos, a reação histológica foi predominantemente granulomatosa, por vezes com fibrose periférica acentuada.

Nestes animais, no entanto, o período de observação foi curto e não revelamos pela imunologia uma correspondente exacerbação da virulência.

**Diferenças quantitativas entre as frações protéicas do soro de brancos, pretos e amarelos.** Drs. L. R. Trabulsi, L. Caetano da Silva, J. Oliver Martinez, H. L. Espejo e J. Fernandes Pontes. — Os autores estudaram, pela electroforese em papel, as proteínas séricas de 10 brancos, 10 pretos e 10 amarelos. Todos os fatores que poderiam determinar variações nos níveis das proteínas séricas (origem, idade, sexo, alimentação, estado de

saúde) foram uniformizados para os três grupos raciais estudados. Os resultados foram submetidos a análise estatística e as seguintes diferenças foram encontradas: 1) proteínas totais mais elevadas nos prêtos do que nos amarelos; 2) albumina mais baixa nos prêtos do que nos brancos e amarelos; 3) globulina  $\gamma$  mais elevada nos prêtos do que nos brancos e amarelos; 4) globulina  $\alpha$  mais baixa nos amarelos do que nos brancos e prêtos.

**Antigenicidade do catarro de asmáticos.** Drs. Ernesto Mendes, F. Ottensooser, A. Germano Silva, C. S. Lacaz e A. B. U. Cintra. — O soro anticatarro obtido em coelhos contém hemaglutininas, e sua absorção com hemácias A, B e O mostra alguma especificação de grupo.

O referido soro, examinado pelo metodo da difusão em gel, mostra 7 linhas de precipitação quando reage com o catarro brônquico. Com outros antígenos humanos (pulmão, fígado, rim, soro, saliva fervida de secretores A<sub>1</sub> e B) este anti-soro mostrou sempre duas ou três linhas de precipitação.

A absorção deste soro com catarro remove todas as linhas de precipitação. Nos antígenos do catarro, pelo menos dois destes antígenos estão presentes numa mistura de hemácias A, B e O. Há um denominador antigênico comum entre os vários órgãos testados e que é representado pelos antígenos dos eritrócitos A, B e O.

O catarro brônquico apresentou um antígeno a mais do que o muco intestinal. Dos 7 antígenos do catarro somente dois não foram comuns a outros órgãos. Após absorção simultânea com muco intestinal e hemácias ainda permaneceu uma linha de precipitação na reação com catarro brônquico.

Nas reações cruzadas o soro anticatarro comportou-se da mesma forma que o soro anti-soro humano, dando ambos 7 linhas de precipitação com o antígeno homólogo e três ou quatro com o antígeno heterólogo.

Algumas linhas de precipitação não aparecem se os extratos de órgão são previamente aquecidos. Os antígenos termostáveis provavelmente são polisacárides.

## Sessão em 23 de agosto de 1960

Presidente: Dr. Raphael Giannella

**Generalidades sobre enzimas e atividades enzimáticas.** Dr. Isaias Raw. — Foram discutidos os fatores que influem na determinação de uma enzima. Comentou-se a origem das enzimas no soro e seu valor empírico no diagnóstico. Discutiu-se a importância das determinações de deficiências de enzimas nos tecidos e nas células do sangue para o diagnóstico das molestias hereditárias. A necessidade de dosagem de enzimas de distribuição celular meio restrita é sugerida.

**Enzimas do metabolismo intermediário dos glúcides.** Dr. Benjamin José Schmidt. — As principais enzimas que têm sido estudadas e isoladas no sangue humano e que interferem no metabolismo intermediário dos glúcides são: fosfoglucomutase, fosfexose-isomerase, aldolase, desidro-

genase láctica, fumarase, desidrogenase málica e desidrogenase isocítrica.

**Fosfuglucomutase:** Tem o seu efeito na reação glicose-1-fosfato  $\rightarrow$  glicose-6-fosfato. Foi estudada pela primeira vez no sangue por Bodansky, que padronizou sua técnica. Ela tem-se mostrado em níveis sangüíneos elevados nas hepatites, icterícias obstrutivas, metástases hepáticas e principalmente nas neoplasias de mama e de próstata.

**Fosfexose-isomerase:** Age na reação glicose-6-fosfato  $\rightarrow$  frutose-6-fosfato. Coube também a Bodansky seu isolamento no sangue e a padronização de sua técnica. Ela tem sido estudada em uma série de moléstias, evidenciando-se em níveis altos nos enfartes miocárdicos, leucemias, mononucleose, distrofia muscular progressiva, neoplasias de mama e próstata; e nas hepatopatias (necroses, hepatite viró-

tica, cirroses, carcinomas, icterícias obstrutivas e intoxicações por tetracloreto de carbônio).

**Aldolase:** Tem função na reação frutose-1-6-difosfato  $\rightarrow$  gliceraldeído-3-fosfato. Isolada pura por Warburg e Christian em tumores de ratos, a sua técnica de dosagem sanguínea foi padronizada por Sibley e Lehninger. No sangue ela tem sido observada em níveis altos nas seguintes afecções: leucemias, pneumonias, pancreatite aguda, delírium tremens, enfarte miocárdico, necrose de músculos esqueléticos, mixedema, anemia megaloblástica, mononucleose infecciosa e nas hepatopatias (hepatites viróticas, necroses, icterícias obstrutivas, cirroses, carcinomas e intoxicações por tetracloreto de carbônio). Ela encontra-se em níveis altos na prenhez e no recém-nascido; mostra-se normal nas hepatites dos lactentes.

**Desidrogenase láctica:** Sua ação se evidencia na transformação do ácido láctico em pirúvico. Sua dosagem no sangue e no líquido foi padronizada por Wroblesky e La Due. Níveis altos desta enzima têm sido encontrados em moléstias hematológicas (leucemias, anemias megaloblástica, esferocítica e nas hemolíticas severas), afecções renais, carcinomas, hepatopatias (carcinomas metastáticos, hepatites, cirroses e icterícias obstrutivas), durante a fase normal do crescimento, no último trimestre da prenhez e nos enfartes miocárdicos. Ela tem-se mostrado mais sensível que a transaminase oxalacética no sentido de evidenciar áreas mionecróticas dos anginosos. Seu estudo no líquido é de interesse, no sentido de evidenciar processos patológicos do sistema nervoso. Nestes estados, o nível da enzima é aproximadamente 500 vezes maior que o normal. Já o estudo no sangue não é tão evidente, no que diz respeito a estas entidades mórbidas.

Pela electroforese, isolaram-se 5 frações desta enzima: fração 1, entre a albumina e a globulina  $\alpha_2$ ; fração 2, na zona da globulina  $\alpha_2$ ; fração 3, entre as globulinas  $\beta_1$  e  $\beta_2$ ; fração 4, na zona da globulina  $\gamma$ . Pelo estudo destas frações, tem-se observado o seguinte: nas

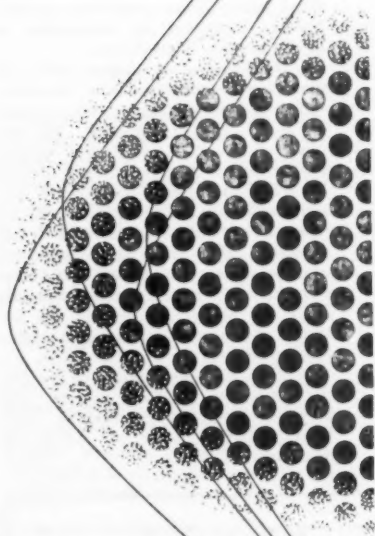
afecções miocárdias, aumento das frações 1 e 2; nas hepatopatias, aumento das frações 4 e 5; nas afecções renais, aumento homogêneo de todas estas frações.

**Fumarase:** Age na transformação do ácido fumárico em málico. Seus estudos são esparsos, não tendo ainda entrado devidamente na rotina. Ela tem sido observada em níveis altos nas hepatites.

**Desidrogenase málica:** Sua ação se evidencia na reação ácido málico  $\rightarrow$  ácido oxalacético. Nos enfartes miocárdicos são altas as taxas sanguíneas; mostra a este respeito uma sensibilidade superior à transaminase oxalacética, no sentido de evidenciar áreas mionecróticas pequenas nos anginosos. Encontramos taxas elevadas nas cirroses e icterícias obstrutivas e, principalmente, nas hepatites viróticas.

**Desidrogenase isocítrica:** Interfere na reação da transformação do ácido isocítrico em  $\alpha$  cetoglutárico. Foi isolada por Uchoa do miocárdio de cobaia e sua padronização no sangue foi feita por Wolfson e col. Sterckel estudou esta enzima em uma série de moléstias; mostrou-se em níveis altos apenas nas hepatites viróticas e com níveis próximos aos normais mesmo em lesões musculares e enfartes miocárdicos. Pannell e col., estudando esta enzima em enfartes miocárdicos produzidos mecanicamente em cães, evidenciaram altas taxas sanguíneas, que permaneciam apenas nas primeiras 12 horas após o processo isquêmico. Após este tempo, as taxas eram normais. Talvez seja exatamente este o motivo pelo qual não encontramos de rotina o aumento desta enzima nos enfartes miocárdicos, pois normalmente somos solicitados a executar a coleta sanguínea do paciente muitas horas após o início do processo. Recentemente, Kerppola e col. estudaram a enzima em 486 moléstias (hepáticas, vias biliares, hematológicas, metabólicas, endocrinológicas, cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais e neurológicas), mostrando níveis altos somente nas hepatites viróticas agudas e neoplasias disseminadas, pois nas formas localizadas as

# Ciclinamid VF



Anti-infeccioso  
de amplo espectro



IN HONORE VIRTUS

Laboratório Torres S.A.  
Departamento de Divulgação Científica

taxas foram praticamente normais. Os autores encontraram aumento da enzima em doentes tuberculosos na vigência do tratamento com isoniazida e em outros que estavam tomando corticóides. Fizemos um estudo com esta enzima e os resultados se sobrepuseram em linhas gerais aos de Sterckel e Kerppola. Os níveis normais desta enzima no sangue são maiores nos recém-nascidos e lactentes do que nas crianças mais velhas e adultos. Em nossa experiência os valores normais, para os recém-nascidos e lactentes, foram de 26 a 510 unidades, e nos adultos de 0 a 300 unidades. Estudamos esta enzima em icterícias do recém-nascido devidas a malformações das vias biliares e outras por hepatite a vírus; ela não se mostrou de valia no diagnóstico diferencial, ocorrendo taxas normais mesmo nas hepatites. Finalmente, Dawkins cita como nota prévia o aumento desta enzima nos estados pré-eclâmpticos, com altos níveis séricos na vigência da degeneração placentária, procurando sugerir a intervenção em pré-eclâmpticas com níveis altos desta enzima no sangue.

**Enzimas proteolíticas.** Dr. Francisco Bastos de Jorge. — O autor discute a origem das enzimas que entram na digestão, principalmente pepsina, tripsina, quimiotripsinas e carboxipeptidase. Suas propriedades são comentadas. Dá relevância à enzima fibrinolítica plasmina, e discute os métodos de dosagem, propriedade e aplicações terapêuticas futuras.

**Carboidrase: amilases e outras.** Dr. Raphael Giannella. — No grupo das carboidrases, polissacaridasas ou hidrolases são estudadas as seguintes enzimas: amilases ou diastases, mucinase ou hialuronidase, celulase, maltase ou  $\alpha$ -glucosidase,  $\beta$ -glucosidase  $\beta$  galactoside e a  $\beta$ -glucuronidase.

A amilase do trigo foi a primeira enzima a ser identificada e foi descoberta por Kirchoff em 1911. As amilases são encontradas em muitos tecidos vegetais, na saliva, no pâncreas, no fígado, músculos estriados, trompas de Falopio e no tecido adiposo.

No decurso de ação amilolítica sobre polissacarides as seguintes fases ocorrem e serviram para fundamentar diversos métodos de determinação da amilasemia: diminuição da viscosidade, perda da capacidade reativa com o iodo, aparecimento de grupos redutores e formação de maltase e dextrinas.

A determinação da amilasemia constitui o mais importante dado laboratorial para o diagnóstico da pancreatite aguda, de tipo edematoso, ou de fase de exacerbação da pancreatite crônica. Hiperamilasemia associa-se a outras perturbações intra-abdominais: úlcera perfurada, obstrução intestinal, processos hepáticos e vesiculares e prenhez ectópica róta. O emprego de opiáceo e a insuficiência renal condicionam aumentos da amilasemia e devem ser lembrados na interpretação laboratorial.

Na dosagem da amilase sérica ou plasmática utilizamos um micrométodo, modificação do método original de Myers, Free e Rosinski: 200 microlitros de soro ou plasma recente são postos em presença de um excesso de substrato (amido) tamponado juntamente com o seu ativador de eleição (cloreto de sódio); a mistura é incubada a 40°C durante 15 minutos, após os quais a incubação é interrompida com a adição de ácido pícrico e a mistura é filtrada; no filtrado dosam-se as substâncias redutoras presentes.

Com o método descrito os seguintes valores normais são aceitos: 120 a 260 unidades Myers (média: 190) correspondendo a 63 até 137% de atividade amilásica.

## "A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 VOLUMES

Preço Cr\$ 700,00

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 19 de julho de 1960

Presidente: *Dr. Enrico Ricco*

**A responsabilidade profissional do anestesista.** — *Dr. Afonso Renato Meira.* Começou caracterizando as atividades do médico que se dedica a Anestesiologia, exaltando as funções que exerce junto aos colegas no afã de curar o doente. Expôs, a seguir, as responsabilidades morais e legais do anestesista, referindo trechos do Código Penal e do Código Civil. As normas da ética também foram recordadas. Expôs as penas cabíveis em caso de culpabilidade comprovada. Para evitar culpa, compete ao anestesista tomar certos cuidados especiais, que foram apontados.

**Comentários:** *Dr. Eurico Branco Ribeiro* — Fêz comentários sobre a responsabilidade do médico.

**Úlcera do esôfago.** — *Dr. Moacyr Boscardin.* O A. em seu nome e em nome do *Dr. Paulo G. Bressan*, apresentou um caso de úlcera do terço inferior do esôfago. Citou a raridade da ocorrência, revendo a literatura. O refluxo do suco gástrico e a hérnia diafragmática do estômago são as causas mais importantes. O exame radiológico permite o diagnóstico. A esofagoscopia oferece dificuldades de visão. A sintomatologia do seu doente foi exposta com minúcia.

Sessão em 28 de julho de 1960

Presidente: *Dr. Enrico Ricco*

**Prolapso reto-genital.** — *Dr. Moacyr Boscardin.* Inicialmente o A. fez apresentação de um caso de prolapso reto-genital. Descreveu a tática cirúrgica para a solução do caso, tendo associado vários processos correntes. Em seguida à intervenção, foi feita a cerclage metálica do ânus, que se eliminou, voltando o prolapso.

**Suboclusão intestinal.** — *Dr. Antônio Carlos Sprenger.* Apresentou um caso de suboclusão intestinal, simulando apendicite. Fêz considerações sobre o caso. O *dr. Eurico Branco Ribeiro* mostrou a importância do diagnóstico prévio para orientação da conduta do cirurgião.

**Síndrome mínimo em cirurgia.** — *Dr. Yoiti Ito* fez um apanhado das idéias de *Oscar Ivanissevich*, de Buenos Aires, em cirurgia. Apresentou a conceituação do sinal patognomônico, em geral só observado tardiamente, quando as lesões já são irreversíveis. É necessário, pois, que se estabeleça, em tempo hábil para a cura, o diagnóstico da entidade mórbida. Através do síndrome mínimo, pode-se chegar a uma orientação clínica ideal. O assunto foi tratado pelo *dr. Carlos de Oliveira Bastos*, que acentuou a tendência atual de se descobrir uma moléstia por um seu pequeno sintoma inicial.

O *dr. João Noel von Soonleithner* opinou para que se diga síndrome.

**PHILERGON — Fortifica de fato**

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

## Sessão em 4 de agosto de 1960

Presidente: Dr. Paulo G. Bressan

**Nefrectomia.** — Inicialmente foi exibido um filme de nefrectomia esquerda por tumor renal, executada pelo prof. Geraldo de Campos Freire.

**Fibroma da mama.** — Foi apresentado pelo prof. Carmo Lordy e dr. Eurico Branco Ribeiro um caso de fibroma duro da mama. O dr. Eurico

Branco Ribeiro expôs o caso e a conduta seguida diante do diagnóstico prévio de malignidade. O prof. Carmo Lordy explicou o desenvolvimento da mama e recordou as várias teorias aventadas para explicar o aparecimento de fibroma na mama, incluindo teoria própria, de que se trata de uma anomalia de desenvolvimento.

## Sessão em 16 de agosto de 1960

Presidente: Dr. Paulo G. Bressan

**Infecções urinárias.** — Prof. Carlos de Oliveira Bastos. O A. discorreu sobre infecções urinárias. estudo clínico. Definiu o que seja infecção urinária e lembrou que as designações restritivas como pielite, ureterite, cistite, já não têm cabimento diante do conceito de comprometimento geral, do sistema, que geralmente se observa. Além das infecções específicas, como a tuberculose e a blenorragia, há as infecções inespecíficas, mais freqüentes. Abordou a questão das glomerulo-nefrites, em que os estreptococos exercem papel primacial. As infecções tubulares, as glomerulares e as intersticiais foram apreciadas com pormenores, acentuando o orador, que todas evoluem para a nefro-esclerose, se não foram curadas. A regressão das lesões, nos casos agudos, autoriza o uso do rim artificial, que muita vez evita a passagem para a cronicidade irreversível. As viroses não são freqüentes nas vias urinárias, bem como as micoses. O grupo das bactérias de origem intestinal Gram negativas fornece uma boa parte dos casos. Os cocos também são encontrados. As infecções instrumentais iatrogênicas devem ser evitadas. As infecções focais dão repercussão urinária mais freqüentemente por via sanguínea. A importância do exame do sedimento urinário e da cultura foi exaltada para melhor orientação do diagnóstico e tratamento. As bac-

teriurias e as provas de patogenidade precisam ser bem apreciadas. O antibiograma pode orientar o tratamento, mas as superveniências, pela associação de germes, podem trazer dificuldades terapêuticas. As sulfas são arma poderosa que não devemos esquecer; há uma grande série de produtos que ainda se usam nas formas residuais. Entre os medicamentos mais modernos, a Furadantina é dos mais ativos. As gamaglobulinas aumentam as defesas, auxiliando o tratamento mas seu custo é muito elevado. Finalmente expôs o orador alguns outros preparados.

*Comentários:* Drs. Renato Aloe e Eurico Branco Ribeiro fizeram considerações sobre o assunto.

**Uropatias obstrutivas.** — Dr. Renato Aloe. O A. falou sobre prostatismo como obstrução urinária. Depois de apresentar a classificação das uropatias obstrutivas, expôs particularmente as causas do prostatismo. As infecções, a calculose, os abscessos da próstata podem conduzir a obstrução. O adenoma é outra causa bastante freqüente. O câncer é menos comum. Ao menor sinal de disuria, o toque retal deve ser feito pelo clínico. O hormônio masculino às vezes reduz o volume do adenoma e pode dar resultados satisfatórios. Os processos de extirpação da próstata foram expostos e discutidos.

# CLORGIN *com Reserpina*

**A**ssociação de um novo diurético (Clorotiazida) não mercurial, atóxico e ativo por via gástrica à Reserpina, reconhecido hipotensor e sedativo.

**melhor efeito hipotensivo.**

**sedação adequada, combatendo a irritabilidade, palpitações e insônia.**

**efeito diurético, sem prejudicar o equilíbrio eletrolítico do organismo.**



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

**Comentários:** Drs. Moacyr Boscardin, Carlos Oliveira Bastos, Eurico Branco Ribeiro fizeram comentários sobre o assunto.

O dr. Renato Aloe informou que o câncer da próstata, geralmente de diagnóstico tardio, já não é mais dos domínios da cirurgia.

## IMPrensa Médica de São Paulo

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental.** — Vol. XXIII, n.º 1 e 2, Janeiro-Abril de 1960. El hígado bilharziano — Rudolf Jaffé; Resultados clínicos imediatos e tardios da gastrectomia por úlcera gástrica e duodenal — Dr. Salomão A. Chaib; Infecções cirúrgicas em geral — Dr. William Saad Hossne; Ensino e Pesquisa — Salomão A. Chaib; Nuevo tratamiento hipotensor de efectos duraderos — Ing. Dr. Antonio M. Medina; Índice Bibliográfico do Departamento de Fisiologia da Universidade de São Paulo; Queimaduras — Ary do Carmo Russo.

**Arquivos de Higiene e Saúde Pública,** Vol. XXV, n.º 85, setembro de 1960. Hospital Unidade Sanitária — João Nôvo Pacheco; Erradicação da malária — José de Oliveira Coutinho; Descoberta de um foco autóctone de esquistossomose em Caçapava — José de Toledo Piza, Alberto da Silva Ramos, Celso S. Haberbeck Brandão, Lúcia S. Vieira de Camargo e José Ribeiro Gonçalves; Suscetibilidade do Anopheles (Kerteszia cruzii cruzii ao DDT — Odilon F. Guarita e Anísio R. Lima; Doença de Chagas — Considerações sobre dois casos agudos — Camilo de Sá Pereira Passalacqua; Preparação do pessoal de enfermagem — Rodolfo dos Santos Mascarenhas; Novas e velhas perspectivas da Saúde Pública — Paulo de Carvalho e Castro; Novas observações sobre a biologia de Flebótomos em condições naturais (Diptera, Psychodidae) — Oswaldo P. Forattini.

**Boletim de Oncologia,** n.º 2, agosto de 1960. Atividades da Associação

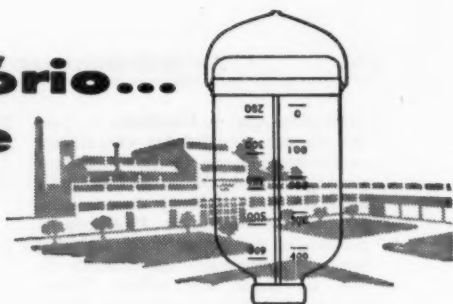
Paulista de Combate ao Câncer — Prof. Antônio Prudente; Tumores da região parotidiana — Jorge Fairbanks Barbosa — Josias de Andrade Sobrinho: 205.<sup>a</sup> Reunião Anátomo-Clínica (27/8/59) Carcinoma alveolar do pulmão com disseminação metastática generalizada.

**Pediatria Prática.** — Vol. XXXI, fasc. 8, agosto de 1960. — Moléstia de Gaucher — Drs. Samuel Schvartsman, Maria Adelaide Gonçalves Borges e Fernando Teixeira Mendes; Doença hemolítica do recém-nascido — Dr. José de Araújo; Volvo gástrico em recém-nascido — Dr. Vinício Carlos Rossi; Diagnóstico precoce da paralisia cerebral — Dr. J. Pinto Duarte.

**Resenha Clínico-Científica,** Ano XXIX, 9/10, setembro-outubro de 1960. Carcinoma broncogênico — Alguns fatores importantes para aperfeiçoar seu tratamento cirúrgico — William Adams, Anna Louise Nelsen e James Nelsen (Conclusão); Condições sobre a etiopatogênese da arterioesclerose deduzida de observações clínicas — Vittorio Puddu e Vincenzo Masini; Emergências em endocrinologia — José Schermann; Atualidades em síntese: Valor semiológico da cromatina sexual. A cólica hepática; Hematêmese e melena — Os isótopos radiativos na luta contra o câncer; Carcinoma da laringe; Tratamento do tétano na criança.

**Resenha Clínico-Científica,** Ano XXIX, n.º 11, novembro de 1960. Água, sal e hipertensão — P.P.F.; Fatores alimentares e esterilidade — Salvatore Scaglione; Emergência em

**do laboratório...  
ao paciente**



**SOLUÇÕES**

**BAXTER**



**oferecem sempre**

- ★ **pureza inexcelável**
- ★ **precisão invariável**
- ★ **confiança absoluta**

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

**SOLUÇÕES BAXTER**

Fabricadas no Brasil por

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picot"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Endereço Telegráfico: "Baxter"

Endocrinologia — Conclusão — José Schermann; Atualidades em síntese — Enterotoxinas e choque; Tumores ulcerogênicos do pâncreas (Síndrome de Zollinger e Ellison); Intoxicações por ésteres fosfóricos; Profilaxia e prevenção do reumatismo articular agudo. Tratamento das fraturas do colo do fêmur nos velhos; Tratamento moderno dos eczemas; Dietética gero-cirúrgica — Nôvo antibiótico antivírus.

**Revista da Associação Médica Brasileira.** — Vol. 6, n.º 3, junho de 1960. — Metabolismo do ferro: Noções básicas — Drs. Z. J. Gomes e M. Jamra; Epidemiologia da Mansoniose em localidade do interior do Amazonas — Drs. D. Batista, N. L. Cerqueira e M. A. P. Moraes; Pneumopatia produzida em ratos por Soros Nefrotóxicos) Soros de coelho antirrim e anti-pulmão de rato) — Dars. J. A. Laus Filho e W. A. Adler; Mioplatia nas exêreses de tumores do lábio inferior — Dr. L. M. Silveira; A super iluminação no tratamento das hiperbilirrubinemias do recém-nascido — Drs. H. C. Ferreira, A. Berezin, D. Barbieri e N. M. Larrubia; Pancreatectomia total no tratamento da pancreatite crônica recidivante — A. O. Campana, A. Raia e D. P. Neves; Estudo da continência fecal nos pacientes portadores de megacôlon submetidos à retossigmoidectomia abdomino-perineal — Drs. J. Haddad e A. Raia; O tratamento dos estreitamentos fibróticos do reto e do sigmóide com uso do acetato de hidrocortisona e acetato de delta-hidrocortisona em infiltrações locais — Dr. M. C. Ribeiro.

**Revista Brasileira de Radiologia,** Vol. 3, n.º 2, abril a junho de 1960. Puncção percutânea da artéria sub-

clavia para arteriografia do membro superior — Drs. Marcus Wolesker, Eduardo Cotrim, Mário Cinelli, Joaquim Bueno Neto e Otávio M. Toledo; Oclusão vascular mesentérica — Drs. Joamel Brumo de Mello, José Luís Bastos Nolf e Mário Roberto A. Cariolano; Aspectos histológicos glomerulo — tubulares após injeção de substância de contraste para angiografia renal — Drs. Afiz Sadi, Anuar Mitri Maluli e Fued Saad; Tratamento da tireotoxicose pelo iodo radioativo — Dr. Nelson Carvalho; Casos interessantes: Neurinoma intercostal, Fibroma não ossificante do rádio, Teste de Radiodiagnóstico.

**Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo,** Vol. 2, n.º 4, julho-agosto de 1960. Sobre os reservatórios naturais de leishmaniose tegumentar americana — O. P. Forattini; Estudo da discrepância relativa entre pares de reações simultâneas de fixação de complemento no sistema moléstia de Chagas — J. O. Almeida e A. F. Siqueira; A reação intradérmica na esquistossomose. II Observações sobre a estabilidade de antígenos de cercária e verme adulto — J. Pellegrino e J. M. P. Memoria; Quimioterapia da esquistossomose experimental. III Atividade comparada de alguns compostos antimoniais, no camundongo experimentalmente infestado com *Schistosoma mansoni* — Z. Brener; Dermatose serpiginosa no interior do Rio Grande do Sul, Brasil — A. T. Londero e O. Fischman. Investigação sobre infecções causadas por vírus do grupo psitacose em São Paulo. Estudo clínico, radiológico e de laboratório em dois casos de pneumonia intersticial — R. M. Castro, L. A. R. do Valle, E. Sabbagga e H. H. Gusmão.

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Homenagem

**Professor Antônio Austregésilo.** — Por Dr. James Ferraz Alvim. Da Academia de Medicina de São Paulo.

Mestre Austregésilo...

"Sempre pensamos que se embrutecia um povo que não cultivava o espírito e, assim sendo precisamos prestar um verdadeiro culto aos nossos maiores, como os antigos homenageavam os seus heróis...

Tivemos a honra de ser aluno do professor Antônio Austregésilo quando freqüentamos a tradicional Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil, da praia Vermelha, que semeou ilustres médicos por todo o Brasil. Conhecedor profundo dos menores segredos de Hipócrates, sabia, melhor do que ninguém, ministrar aos seus muitos alunos um conhecimento sólido de tal forma, que mais parecia um escultor a esculpir o cérebro da mocidade, o que de importante era preciso conhecer, para, mais tarde, poderem cuidar do que de mais precioso o homem tem, a vida!

Ensinar é um dom divino, como divino é o magistério, magistério, na verdadeira expressão da palavra — o cientista que se dedica, única e exclusivamente, a adquirir cultura e mais cultura, não para uso próprio,

mas, sim, para distribuir a mancheias. O professor é como o semeador que com confiança distribui pela terra opima aquela minúscula porção de vida, para que cresça, frutifique, dê frutos e sombra... Assim era o professor Austregésilo. Os seus alunos tinham por ele, verdadeira admiração, chegando quase que a uma fascinação. Ficavam todos presos às suas palavras que jorravam saber, como fonte límpida e cristalina jorra água saborosa, para matar a sede.

A Neurologia, ramo a que se especializou, elevou-se consideravelmente em nosso País. A literatura médica brasileira ficou sensivelmente enriquecida com os seus muitos trabalhos, não se podendo destacar qual o mais erudito. Tal vulto por motivos muitos, teria que transcender as fronteiras brasileiras e o seu nome se projetou pelos outros centros culturais do mundo.

Desapareceu o professor Antônio Austregésilo, mas não desapareceu a escola que formou e hoje no Brasil e no estrangeiro a ciência pode se orgulhar ter tido um vanguardeiro dessa especialidade, graças principalmente a vultos como do Mestre Austregésilo, cuja memória sempre será reverenciada, como tributo merecido de respeito e de admiração, pelos seus altos méritos".

## Associação Paulista de Medicina

**Apuração e resultados das eleições.** — Em renhido e movimentado pleito realizado nesta Capital e no Interior, para eleição da nova Diretoria da Associação Paulista de Medicina, saiu vitoriosa a chapa "Movimento da União e Defesa" encabeçada pelo dr. Henrique Melega, a qual contou com

o apoio inclusive do sr. Jânio da Silva Quadros, presidente eleito da República.

Os resultados foram os seguintes: prof. dr. Henrique Melega, 1 705 votos; dr. Mário Degni, 1 674; dr. José Francisco Soares de Araújo, 1 256 votos. A chapa eleita para a direto-

ria da A.P.M., pertence ao Movimento de União e Defesa e está assim constituída: Presidente, prof. dr. Henrique Melega; vice-presidente, dr. Edimir Boturão; secretário-geral, Rui de Souza Pacheco; 1.º secretário, Edgar Puech Leão; 2.º secretário,

Edgard Eribaldo Loverso; 1.º tesoureiro, Humberto Cerruti; 2.º tesoureiro, Feliciano Bicudo Neto. Não foi marcada ainda a data da solenidade de posse da nova diretoria da Associação Paulista de Medicina.

## Prêmio Fausto Guerner de 1961

**Inscrições.** — Estão abertas na secretaria do Centro de Estudos "Franco da Rocha", com sede no Hospital Central de Juqueri, em Franco da Rocha, as inscrições para o Prêmio "Fausto Guerner" de 1961, e que se encerrarão impreterivelmente a 4 de maio. Este prêmio, que consiste de um diploma honorífico e de uma importância em dinheiro, será outorgado a produções científicas sobre o tema: "Psiquiatria e Ramos Afins".

Os trabalhos apresentados devem ser inéditos, redigidos em português,

e datilografados em condições técnicas exigidas para casos análogos. Não devem ser assinados, nem trazer em seu texto, qualquer elemento que permita identificar o autor ou o serviço em que foi elaborado. Virão acompanhados de envelope opaco, com todos os dados para a identificação do instituto em que foram elaborados, bem como o nome do autor ou autores, devendo figurar externamente, apenas o título dos mesmos.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

**Nova Diretoria 1961-1962** — Presidente: Dr. Roberto Franco do Amaral. Vice-presidente: Dr. Oswaldo Mendes Leite. 1.º Secretário: Dr. Orlando Moraes de Burgos. 2.º Secretário: Dr. Gustavo Drummond Murgel. Tesoureiro: Dr. William Omatti. Bibliotecário: Dr. Alberto Lucena.

**Comissão de Medicina** — Dr. José L. Teixeira de Camargo. Dr. Benedito Costa Lima. Dr. Nyder Rodriguez Otero.

**Comissão de Cirurgia** — Dr. José Samara. Dr. Irmo H. Morelli. Dr. José A. Ferreira dos Reis.

**Representante na Revista da APM** — Dr. Lycurgo de Castro Santos Filho.

**Delegados Eleitores** — Dr. Alfredo Gomes Júlio. Dr. Luiz Gastão Mangabeira Albernaz. Dr. Antônio Carlos de Souza. Dr. José Martins Rocha. Dr. Gabriel Pôrto. Dr. Marcondes Filho. Dr. José A. Aboin Gomes. Dr. Arlindo de Lemos Júnior. Dr. José A. Piason.

**Suplentes** — Dr. Antônio de Almeida. Dr. Octavio Bierrenbach de Castro. Dr. Arsênio O. Sevá. Dr. Altino Gouveia. Dr. Pedro Aquino Neto. Dr. Ademar Nascimento Lemos. Dr. Nagib Said. Dr. Milton Toledo. Dr. Carlos Frazatto Júnior.



**climax**



# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIIS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

## CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

## XIX Curso Intensivo de Cardiologia

**Programa:** O Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo realizará, em janeiro e fevereiro de 1961, o XIX Curso Intensivo de Cardiologia, organizado por seus diretores Drs. Dante Pazzanese e L. Mendonça de Barros.

As aulas estarão a cargo dos seguintes especialistas: Drs. Olavo Pazzanese, Silvio Bertacchi, Alberto R. Ferreira, E. J. Zerbini, Astolfo Araújo, J. Cintra de Andrade, prof. Rafael Faro Netto, Cantídio Moura Campos Filho, Oscar P. Portugal, Marly de Macedo Coda, Josef Feher, Henrique C. Sampaio Corrêa, Maria Regina R. Flório, José Hortêncio de Medeiros Sobrinho, Frederico Soares de Camargo, Morris Chansky, Cláudio Storti, Adib Jatene, Abraham Pfeferman, Luiz Losso, Rubens M. de Arruda, Antônio Pereira de Almeida e Delmont Bittencourt.

O Curso consta de três partes independentes, podendo os interessados fazer as três sucessivamente ou apenas uma ou duas delas, à sua escolha.

*I — Iniciação em cardiologia*

Para os clínicos GERAIS, que quise-rem aperfeiçoar e atualizar seus conhecimentos de Cardiologia ou que desejarem se iniciar nessa especialidade.

Terá cunho eminentemente prático, compreendendo as noções essenciais de clínica, radiologia, eletrocardiografia e demais métodos de exame, e de terapêutica. Ênfase especial será dada ao exame de doentes, ao diagnóstico e ao tratamento. Haverá aulas pela manhã e à noite, ficando as tardes reservadas para exame de doentes selecionados, a fim de que os alunos possam se familiarizar

com as principais afecções cardiovasculares encontradas na clínica.

A parte I irá de 9 a 21 de janeiro e terá uma taxa de inscrição de Cr\$ 1 500,00.

*II — Eletrocardiografia e vetorcardiografia*

Para CARDIOLOGISTAS e, como complemento da Parte I, para os clínicos que desejarem maiores conhecimentos de eletrocardiografia.

As aulas serão dadas pela Secção de Eletro e Vetorcardiografia deste Instituto, chefiada pelo Dr. Josef Feher. Haverá aulas pela manhã e à noite, ficando as tardes para interpretação de traçados.

A Parte II do Curso irá de 23 a 31 de janeiro. Taxa de inscrição: Cr\$ 1 000,00.

*III — Cardiopatias cirúrgicas*

Dado o número crescente de afecções cardiovasculares passíveis de correção cirúrgica, o Instituto organizará um Curso em que elas serão estudadas sob os pontos de vista do diagnóstico e da cirurgia. Inicialmente, serão discutidos os métodos especiais de diagnóstico: cateterismo, angiocardiorrafia, eletro e rádio-quimiografia, curvas de diluição, etc. A seguir, as várias lesões congênicas e adquiridas serão estudadas minuciosamente sob o ponto de vista clínico. As aulas serão pela manhã e à noite, ficando as tardes reservadas para exame de doentes e assistência a intervenções cirúrgicas.

A Parte III será ministrada pelas equipes de Cirurgia Cardíaca, chefiadas pelo prof. E. J. Zerbini e de

Hemodinâmica sob a direção do Dr. Cantídio de Moura Campos Filho.

O período será de 1.º a 8 de fevereiro, sendo a taxa de inscrição de Cr\$ 1 000,00.

Os candidatos interessados deverão provar sua qualidade de médico.

Aos alunos que tiverem a frequência exigida será fornecido um certi-

ficado e os que desejarem poderão fazer estágio no Instituto, após o Curso.

*Informações e inscrições com o Dr. Dante Pazzanese, Diretor Geral do Instituto de Cardiologia, Caixa Postal 215, São Paulo, Estado de São Paulo.*

## Cursos de Medicina Nuclear

**A realizarem-se em 1961** — O Centro de Medicina Nuclear, Instituto Anexo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fará realizar, este ano, os seguintes cursos de pós-graduação:

**IV Curso Internacional de Metodologia de Radioisótopos**, que terá início em 5 de abril, com duração de 3 semanas, em caráter intensivo, com aulas teóricas e práticas, durante todo o período da manhã e da tarde. Este curso destina-se a médicos, biólogos, bioquímicos e demais cientistas de nível universitário, interessados na aplicação de radioisótopos e é imprescindível para a inscrição nos demais cursos do Centro de Medicina Nuclear. Para a obtenção do diploma correspondente, os participantes deverão, obrigatoriamente, seguir ou o Curso de Medicina Nuclear ou o de Aplicações Biológicas e Bioquímicas de Radioisótopias, a serem ministrados a seguir.

**III Curso Internacional de Medicina Nuclear**, a iniciar-se em 24 de abril, com duração de 3 semanas. As aulas serão ministradas diariamente, durante todo o período da manhã, inclusive aos sábados. Este curso destina-se a médicos interessados na aplicação clínica dos radioisótopos.

**Curso de Aplicações Biológicas e Bioquímicas de Radioisótopos**, a ser ministrado a partir de 24 de abril,

com duração de 3 semanas. Este curso destina-se a cientistas não médicos, sendo as aulas ministradas durante todo o período da tarde.

**I Curso Internacional de Especialização em Medicina Nuclear**, que terá início concomitantemente com o III Curso de Medicina Nuclear, e se prolongará por seis meses. Constará de estágios diários no período da manhã, na Divisão Clínica do Centro de Medicina Nuclear. O término deste curso coincidirá com o VII Congresso Interamericano de Radiologia, a se realizar em São Paulo, de 3 a 10 de setembro, incluindo, pela primeira vez, um setor de Medicina Nuclear, e que congregará os maiores especialistas no assunto da América bem como vários expoentes da Europa e Ásia.

Para os cursos de pós-graduação, o Centro de Medicina Nuclear, através da Comissão Nacional de Energia Nuclear oferecerá bolsas aos participantes de outros Estados.

As inscrições para os cursos acima referidos, cujo prazo se encerra a 31 do corrente, deverão ser feitas de acordo com as normas estipuladas pelo C.M.N., que se encontram na diretoria do Centro, à disposição dos interessados, no seguinte endereço: rua Prof. Ovídio Pires de Campos, s/n. (atrás do Hospital das Clínicas) — Fone: 8-5298 — Caixa Postal 2 921 — São Paulo.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Professor Gerhard Domagk

25 anos de sulfonamidas — Gerhard Johannes Paul Domagk nasceu em 30 de outubro de 1895 em Lagow, Província de Brandemburgo, sendo filho de um professor. Após terminar seus estudos secundários em Liegnitz (Silésia), estudou medicina em Kiel, tendo porém interrompido os seus estudos pela participação na 1.<sup>a</sup> guerra mundial. Em 1921, prestou os exames finais de medicina, em Kiel. Foi, depois, assistente do Geheimrat Hoppe-Seyler, em Kiel. Obteve o grau de doutor em medicina na clínica de Schittenhelm, sob a direção do Prof. Bürger, com uma tese sobre a eliminação da creatinina do homem por trabalho muscular. Em 1922, passou a assistente do Prof. Gross no Instituto Patológico da Universidade de Greifswald.

Publicou trabalhos sobre alterações tissulares verificadas após irradiações com raios X, experiências sobre a composição química do músculo cardíaco e do fígado em várias doenças, sobre pesquisas experimentais de tumores e estudos anátomo-patológicos sobre o aparecimento de endotélios no sangue, e se tornou livre-docente com uma tese sobre a "Significação do retículo-endotélio na destruição de agentes de infecção e a origem do amilóide". O resultado desse trabalho, que abrange dois problemas, originou dois novos conhecimentos: Domagk conseguiu, em experiências com camundongos, demonstrar precipitados amilóides, já poucos minutos após a injeção de bactérias vivas ou mortas. Visto esse amilóide precipitar-se primeiramente na vizinhança imediata das células fagocitantes do endotélio no fígado, baço e pulmão, ele o concebeu como sendo um produto de decomposição dos fagócitos. Conseguiu, por sensibilização, aumentar essa fagocitose e estende-la aos monócitos.

Esse trabalho inteligente e proveitoso do jovem docente induziu o Prof. Hörlein, então diretor dos Laboratórios Científicos dos Serviços de Pesquisas "Bayer" em Elberfeld, chamar Domagk e lhe oferecer, em 1927, a direção do Instituto de Patologia e Bacteriologia Experimental nessa cidade.

Domagk aceitou com prazer esse encargo, que lhe dava a possibilidade de colaborar, estreitamente, com os colegas das outras disciplinas da medicina experimental e com os químicos incumbidos em pesquisas científicas.

Em Elberfeld, já naquela época, dedicou-se ao problema do câncer. Resultados desse trabalho foram publicados em 1934-1935.

Foi demonstrado que, por infecção latente e mediante extratos tumorais estérís, livres de células, pode-se conseguir nos camundongos uma resistência ou imunidade contra o carcinoma de inoculação segundo Ehrlich e o sarcoma de Jensen.

Um dos resultados desses trabalhos, executados juntamente com o Dr. Chr. Hackmann, é o preparado Sarvinal (R), lançado em 1957.

Baseando-se na sua tese de livre docente, Domagk, nas experiências posteriores convencer-se-ia de que deveria ser possível ajudar o corpo em seus enormes esforços naturais de defesa, seja aumentando, artificialmente, as forças defensivas, seja enfraquecendo as bactérias. A tentativa de isolar dos centros principais de defesa do res (Sistema Retículo-Endotelial) substâncias em condições de ajudar a decomposição fisiológica das bactérias, infelizmente fracassou. Procuraram-se, então, substâncias que danificassem, primeiramente, cocos especificamente gram-positivos. Esses trabalhos, em Elberfeld, conduziram

# Restituição em vez de substituição

No diabetes senil certas sulfoniluréias permitem hoje uma larga restituição fisiológica:

- Conservação e estímulo da função residual das células pancreáticas B
- Ativação da síntese insulínica endógena
- Restabelecimento das regulações normais

**RASTINON<sup>®</sup>**  
**HOECHST**

o antidiabético padrão por via oral, que conjuga de forma incomparável, intensidade do efeito e tolerância, representa assim o específico de escolha para a terapêutica de todos os doentes indispensáveis pela dieta, nos quais está principalmente bloqueada a segregação normal da insulina endógena: nestes casos, permite uma terapêutica antidiabética pela insulina própria do organismo.



FARBWERKE HOECHST AG

*versand- & Muster-Lieferanten & Pharmazie*

FRANKFURT (M) - HOECHST

(Alemanha)

Representantes

HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - São Paulo C. P. 6280

® Marca registrada

à descoberta de meios de desinfecção completamente novos e altamente eficientes: as combinações quaternárias de amônio (Zephirol (R) e Riseptin (R)).

Realizaram-se, nesse tempo, outras pesquisas, sobre a origem do choque anafilático e da glomerulonefrite, bem como sobre os efeitos dos raios X nos tecidos.

Num plano secundário resta ainda uma série de publicações sobre achados histológicos em consequência de hiperdosagem de concentrados de vitamina A e sobre alguns novos corantes para colorações histológicas.

O interesse principal de Domagk, porém, foi sempre a quimioterapia. Com grande capacidade de organização elaborou um sistema de ensaios que informam sobre cada propriedade bactericida ou bacteriostática de um quimioterapêutico. Conseguiu, também, um certo progresso com o "Indusin", combinação de metal pesado, contendo ouro. A colaboração intensiva de vários anos com dois químicos dos Laboratórios "BAYER" em Wuppertal — Elberfeld, Dr. Klarer e Prof. Dr. Mietzsch, resultou, em 1932, após muitas decepções, na descoberta da primeira sulfonamida (o 4-sulfonamido-2', 4'-diaminoazobenzol), eficaz na quimioterapia das infecções estreptocócicas experimentais. Durante três anos efetuaram-se cuidadosos exames clínicos de substâncias encontradas em Elberfeld, antes de aparecerem, em 1935, as primeiras comunicações na imprensa médica, isto é, após a confirmação dos resultados experimentais em várias clínicas. Com o Prontosil (R) começou a sintetização de uma multiplicidade de novas combinações; foi o prelúdio do aperfeiçoamento da sulfonamidoterapia, sobre cuja significação, em virtude da imensa literatura existente, não é preciso entrar em detalhes.

Pela descoberta da ação curativa do Prontosil nas infecções bacterianas, Domagk foi contemplado, em 1939, com o Prêmio Nobel de Medicina.

Pontos marcantes das pesquisas de Domagk no campo das sulfonamidas representam os Ulirones (R), as combinações que possibilitam, pela primeira vez curar a gonorréia por via

oral. Deve-se ainda mencionar o Tibatin (R) que conquistou um lugar importante no tratamento da infecção estreptocócica grave, da infecção puerperal e da meningite otogênica; também o Marfanil (R) e seus derivados (Marbadal (R)), os quais ocupam um lugar especial pelos seus efeitos contra anaeróbios e que conduziram à descoberta do Supronal (R).

Animado pelos sucessos no terreno das sulfonamidas, Domagk iniciou então a luta contra o bacilo da tuberculose. Já em 1941 chamou a atenção para o fato de o sulfatiazol possuir uma certa eficácia contra a tuberculose no coelho infectado. Finalmente foi encontrada a eficácia tuberculostática das tiosemicarbazonas pelo Dr. Behnisch, Prof. Mietzsch e Prof. Schmidt, com o que Domagk iniciou uma nova etapa significativa da quimioterapia. O derivado mais conhecido do mencionado grupo químico, que se mostrou muito eficaz contra o bacilo de Koch, é o Conteben (R) — TBI/698.

Domagk viu também o excelente efeito antituberculoso da hidrazida do ácido isonicotínico Neoteben (R), que lhe foi dado para testar pelo Dr. Offe e Dr. Siefken, colaboradores do Laboratório Científico Principal em Leverkusen. Em 1952, o efeito clínico do Neoteben foi confirmado. Neoteben combinado com a tiosemicarbazona conduziu ao Neoteben Composto, partindo Domagk da concepção do ataque simultâneo contra o bacilo da tuberculose com duas substâncias de ação diferente, a fim de impedir ou retardar a resistência bacteriana.

De uma classe de combinação nova (derivados de quinona) do Dr. Petersen provem o Iversal (R), que Domagk isolou pela sua eficácia antiestreptocócica, superior à penicilina.

No campo do câncer estão sendo feitas pesquisas extensas juntamente com o Dr. Hackmann. Sarvinal, baseado na teoria de imunização, foi mencionado acima. Bayer E 39 e Bayer A 139 (químicos Dr. Petersen e Dr. Gauss) são citostáticos, que já em 1956 foram postos à disposição dos médicos para o tratamento do câncer. Outras drogas contra o câncer estão em exame clínico.

Domagk conquistou todos esses grandes sucessos em dedicado e perigoso trabalho, empregando para isto todos os seus esforços. O mundo possui numerosas publicações como documentário científico, especialmente no terreno da quimioterapia e da pesquisa do câncer.

Domagk já hoje deve ser incluído entre os pioneiros na história da Medicina. Provam isso também as numerosas honorificações, os títulos de doutor "honoris causa", de membro honorário de sociedades científicas etc., e outras altas condecorações, que são enumeradas, a seguir, na ordem cronológica:

- 1928 Professor Extraordinário da Universidade de Münster (Westf.).
- 1938 Membro da Academia Alemã dos Pesquisadores em Ciências Naturais. Medalha Emil Fischer. Addingham Medal Leeds.
- 1939 Prêmio Cameron Edinburgo. Prêmio Nobel de Medicina. Membro Honorário da Sociedade Alemã de Combate às Doenças Venéreas.
- 1941 Membro Honorário da Sociedade Italiana de Dermatologia e Sífilis. Medalha Paterno Roma. Doutor h. c. da Universidade de Blonha. Medalha e Prêmio v. Klebelsberg Budapest.
- 1943 Senador h. c. da Universidade de Greifswald.
- 1945 Doutor h. c. da Universidade de Münster.
- 1946 Membro Honorário da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Renânia Norte-Westfália.
- 1948 Senador h. c. da Universidade de Münster.
- 1949 Doutor h. c. da Universidade de Lima. Doutor h. c. da Universidade de Córdova. Membro Honorário da Sociedade de Combate à Tuberculose de Buenos Aires. Membro Honorário da Sociedade Médica de Santiago. Membro Honorário da Socie-

dade de Biologia de Concepción. Membro Honorário da Faculdade de Biologia e de Medicina da Universidade de Santiago.

Membro Honorário da Faculdade de Medicina da Universidade de Concepción.

Membro Honorário da Sociedade de Cultura Teuto-Peruana. Ordem "El Sol del Peru".

Cidadão Honorário da Província de Entre-Rios (Argentina), Hospital "Gerhard Domagk".

Membro Correspondente da Sociedade Venezolana de Química. Membro Honorário do Comitê Central Alemão de Combate à Tuberculose.

Membro Honorário do Ateneo de I.<sup>a</sup> Tuberculosis Buenos Aires:

- 1950 Doutor h. c. da Universidade de Buenos Aires. Cidadão Honorário da Cidade de Verona.

- 1951 Cidadão Honorário da Cidade de Wuppertal.

Membro Honorário da Sociedade Alemã de Pediatria.

Membro Honorário da Sociedade Alemã de Medicina Interna.

Membro Honorário da Sociedade para o Tratamento do Câncer da Renânia Norte-Westf.

Membro Honorário da Sociedade Médica de Atenas.

Membro Titular da Academia de Ciências e Literatura.

- 1952 Membro Honorário da Academia Real de Medicina de Madri.

Professor Honorário da Universidade de Valencia, Faculdade de Medicina.

Ordem Civil de Sanidade, Madri.

Membro do Presídio Honorário da Liga Internacional dos Antibióticos e Quimioterapêuticos.

Membro da Ordem Pour le Mérite, Classe Paz.

- 1953 Membro Honorário da Sociedade de Tuberculose da Alemanha do Sul.

Membro Honorário da Pharmaceutical Association da Universidade de Benares.

- 1954 Membro Honorário da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo.  
Membro Honorário do Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose.  
Grã-Cruz da Ordem Espanhola para Méritos na Saúde Pública "Al merito sanitario", Madri.
- 1955 Membro Honorário da Sociedade Médica Argentina.  
Doutor h. c. da Faculdade de Medicina Veterinária da Escola Superior Justus Liebig, Giessen.  
Membro Honorário da Sociedade Médica da Alta Austria, Linz.  
Grã-Cruz de Mérito da Ordem ao Mérito com Estrêla da República Federal Alemã.
- Cidadão Honorário da Academia de Medicina em Düsseldorf.
- 1956 Prêmios Ludwig Darmstaedter e Paul Ehrlich.  
Medalha Paul Ehrlich.  
Membro Honorário da Sociedade Alemã de Tuberculose.
- 1958 Direitos de Professor Catedrático como Ordinarius Pessoal da Faculdade de Medicina da Universidade de Münster.
- 1959 Membro Honorário da Sociedade Farmacêutica do Japão.  
Membro da Royal Society of London.  
Vice-Presidente da Ordem Pour le Mérite (Classe Paz).
- 1960 Segunda Classe da Ordem do Sol Nascente Japão.

## Laboratório "Americano" de Farmacoterapia

Dr. Alberto Samaja. — Retirou-se da Superintendência do Instituto *De Angeli do Brasil*, que dirigiu desde o seu lançamento em nosso País e do qual era sócio, o Dr. Alberto Samaja, a fim de adquirir o Laboratório *Americano de Farmacoterapia S.A.*

Planos para uma rapidíssima expansão estão sendo preparados para esta organização de exclusiva propriedade da família Samaja, e está sendo ulti-

mado o projeto para a construção imediata de um prédio novo e funcional para os escritórios da empresa, deixando-se o ótimo imóvel já existente apenas para a parte industrial.

Fôrça maior para a extraordinária expansão prevista, reside nos acordos, nas concessões já obtidas pela nova Sociedade para o próximo lançamento no Brasil de importantíssimas firmas européias do mesmo ramo.

### EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

### SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevideo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00

★

Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Rua Pirapitingui, 80

# AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

Succinato de sulfanilamida sódica ....	6,25 g
Mercurocromo .....	2,00 g
Glicerina ....	5,00 g
Água fervida .....	100 cm <sup>3</sup>

*No tratamento tópico das infecções  
estrepto-estafilocócicas*

# AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

Sulfanilamida — Mercurocromo — Álcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —  
Assepsia local*



**LABORATÓRIO YATROPAN S. A.**

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**Medicina: Ciência e Arte.** — Metodologia clínica — Dr. Ulysses Lemos Torres. — Trabalho premiado pela Associação Paulista de Medicina, mereceu da comissão julgadora a apreciação que transcrevemos:

"A monografia" Medicina: Ciência e Arte, metodologia clínica, revelou ser de autoria de pessoa de grande cultura e formação humanística, pessoa que conseguiu conciliar a Biologia, a Bioquímica e a Ciência Médica em Geral com a Filosofia, a lógica e a ética, para a compreensão do ser humano, conciliar a ciência médica com a prática da medicina, e a compreensão, de cada caso, na sua particularidade e individualidade, com conhecimento científico, genérico, frio e impessoal. Os conceitos mantidos e analisados no trabalho são profundos e elevados, dignificando o seu autor.

**Anestesia do pênis por infiltração dos corpos cavernosos, resultados clínicos.** — Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais — Cátedra de Clínica Urológica — Dr. José Lúcio Pereira. Belo Horizonte — Minas Gerais, 1959.

A cirurgia do pênis comparece com grande frequência na cirurgia urológica. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, no Serviço de Urologia do Professor dr. José Silva de Assis, no período compreendido entre 1.º de janeiro de 1947 e 31 de dezembro de 1957, num total de 2.656 intervenções cirúrgicas, 700 foram realizadas sobre o pênis, o que dá uma percentagem de 26,35%. Quase todas as intervenções no pênis, foram praticadas com anestesia local o que justifica o interesse na padronização dessa anestesia. O autor descreve a técnica adotada e os resultados obtidos no Serviço do Prof.

dr. José Silva de Assis desde o começo de 1947, escolhendo este assunto para a sua tese de doutoramento. A técnica é a seguinte: Baseada no estudo de Rubião e Assis, com algumas modificações: — "Após tricotoomia e antissepsia cuidadosa do pênis e genitália externa, os campos operatórios são colocados. Ao nível da raiz do pênis faz-se uma infiltração subcutânea, circular, de toda a metade inferior da circunferência do pênis, imediatamente para diante do ângulo peno-escrotal. Emprega-se nessa infiltração, como substância anestésica, 5 cc de uma solução de novocaína a 1% á qual se adicionou 1 gota de solução millesimal de adrenalina para cada 10 cc da solução. Na região correspondente ao início da hemi-circunferência inferior do pênis, lateralmente, introduz-se uma agulha hipodérmica comum (30 x 8), á qual se adaptou uma seringa tipo Luer de 20 cc contendo a solução anestésica. Durante a introdução da agulha, mantém-se tensos os invólucros do pênis segurando-se o órgão entre o polegar e o indicador esquerdos, pela sua hemi-circunferência inferior ou pela anterior, conforme a injeção seja feita no corpo cavernoso esquerdo ou direito, respectivamente. A agulha é introduzida num plano perpendicular ao eixo do pênis, introdução essa que se faz sem dificuldade até a albugínea do corpo cavernoso, onde se encontra maior resistência. Com um pouco mais de força atravessa-se a mesma e a agulha se encontrará na espessura do corpo cavernoso. Ligeira aspiração é feita com a seringa para se certificar de que a ponta da agulha não se encontra dentro de um vaso. Caso isto aconteça, deve-se retirá-la ligeiramente e depois reintroduzi-la em um ângulo diferente. Sendo negativa a aspiração, injeta-se o anestésico, lentamente, injeção que é

feita sem se encontrar grande resistência e sem se observar entumescimento local se a punção foi correta. A injeção de substância anestésica é feita apenas num corpo cavernoso, sendo o volume da solução anestésica injetada no corpo cavernoso, igual a 20 cc, que é reduzido em crianças menores de 10 anos. Pondera o autor:

“Como a maior parte da cirurgia do pênis e uretra anterior é feita em pacientes de ambulatório, os dados que apresentaremos nesse grupo serão poucos. Em vários casos as anestésias foram feitas em pacientes internados mas para maior uniformidade da avaliação dos resultados obtidos limitar-nos-emos a citar apenas aqueles que se referem aos que pudemos obter de todas as observações. Assim sendo, apresentaremos, de forma global, resultados referentes aos seguintes itens: — resultado da anestesia; complicações pós-operatórias (lesão dos corpos cavernosos, deformidades do pênis, perturbações da ereção). Naqueles casos em que o emprego da adrenalina estava contra-indicado, a infiltração do corpo cavernoso foi feita após colocação prévia de um garrote na raiz do pênis, o qual foi sempre afrouxado antes da sutura para possibilitar uma hemostasia mais rigorosa. A colocação do garrote é necessária para se obter uma maior duração da anestesia é muito pequena. O emprego de medicação pré-anestésica, além daqueles casos de intervenções em pacientes internados, foi feita também em crianças e consistiu, nestas, apenas em pequena dose de barbitúrico de ação curta. A infiltração do corpo cavernoso direito ou esquerdo foi feita indistintamente”.

**O mistério da criação.** — Dr. Josef Frankl. São Paulo, 1959. O assunto principal do livro é o conflito entre a palavra bíblica e a palavra da ciência, entre a ciência e a religião. O autor focaliza mais demoradamente a origem das espécies, refutando as afirmações de Darwin e de Haeckel, defensores da teoria da evolução dos seres vivos condicionada a uma seleção natural.

Esta seleção seria o resultado de uma competição entre os seres entre si e as condições de ambiente de tal sorte a dar lugar ao desaparecimento de algumas formas (os seres fracassados na luta) e por outro lado ao aparecimento de formas novas, com caracteres novos adquiridos em consequência de um esforço repetido por longo tempo na luta pela sobrevivência.

Este conflito entre a palavra do livro sagrado e a palavra dos estudiosos trouxe como consequência um descrédito, uma diminuição de autoridade para a palavra de Deus.

Este estado de espírito trouxe repercussões na conduta, na ética e na moral das gerações contemporâneas, apoiadas então em seus conceitos materialistas.

Prosseguindo a sua exposição, sempre apoiado nas afirmações da Bíblia, o autor mostra nos fatos a realização das profecias, principalmente no que diz respeito ao povo de Israel.

Alerta os povos para que não se deixem colhêr de surpresa. Muitos dos fatos previstos no Apocalipse de São João e que são o princípio do fim, o prenúncio da volta prometida do Cristo à Terra, para a separação das boas e más ovelhas — já se realizaram.

**Comissão de planejamento da assistência médica.** — J.A.M.A. 17-1 1959. Edição especial. Número consagrado inteiramente ao trabalho da Comissão de planejamento da assistência médica.

Analisa as diversas modalidades da assistência médica: diretamente entre médico e doente ou quando se interpõe uma terceira pessoa, como acontece no caso de sociedades beneficentes, caixas, serviços de saúde pública, etc.

Todas essas modalidades de assistência médica são programadas e regulamentadas em todos os seus menores.

Este número que corresponde ao relatório da comissão encarregada do assunto, contém as conclusões e recomendações relativamente a cada caso.

**sulfato de kanamicina** descoberto por H. Umezawa e col.



**um antibiótico  
dramaticamente ativo**

# kantrex

sulfato de kanamicina injetável

**bactericida** contra uma grande variedade de  
microorganismos recalcitrantes, **INCLUSIVE CONTRA OS  
ESTAFILOCOCOS RESISTENTES.**

**INFECÇÕES URINÁRIAS**

**INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO**

**OSTEOMIELITE**

**INFECÇÕES SEPTICÊMICAS**

**LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.** Ind. Quím. e Farm. - R. Carlos Gomes, 924 - Sto. Amaro (S. Paulo)

## A segurança em cirurgia gástrica (\*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Diretor do Sanatório São Lucas*

Em cirurgia gástrica, como em qualquer outro tipo de cirurgia, o fator segurança é de capital importância. A principal preocupação do cirurgião é, sem dúvida, conferir ao operando segurança nos atos a que vai submetê-lo, para que a finalidade principal da cirurgia, que é o restabelecimento da saúde, possa eficientemente ser cumprida.

Com referência à cirurgia gástrica, costumávamos ouvir do nosso prezado mestre, Prof. Benedito Montenegro, que o tempo mais difícil era o duodenal, mas que o tempo mais importante era a feitura da anastomose. Dizia isso porque, tempos atrás, eram freqüentes os insucessos da cirurgia decorrentes de uma sutura mal feita, dando hemorragias ou, em certos casos especiais de doentes anemiados e com hipoproteïnemia, a deiscência da sutura trazendo conseqüências às vezes fatais. A preocupação que mostrava o mestre de fazer com cuidado meticuloso a sutura da anastomose tinha sua inteira razão de ser, pois foi o descuido nesse tempo da cirurgia gástrica que fez com que nos seus primórdios ela não conquistasse desde logo a confiança que os clínicos hoje lhe conferem.

No correr dos anos, vários tipos de gastroenterostomias ou gastroduodenostomias foram apresentados, cada qual procurando trazer maior segurança no cômputo final. Baseados em cirurgia experimental, alguns cirurgiões puzeram-se entretanto a ensaiar atitudes mais ou menos aventureiras na feitura da anastomose, daí provindo, por vezes, conseqüências pósoperatórias menos desejadas. Para que se tivesse maior segurança, as suturas foram estabelecidas em 3 planos, sendo o 1.º sero-muscular — sero-muscular de adoçamento; o 2.º com as mesmas camadas, transfixando-as; e um terceiro unicamente mucoso. Dessa maneira, ter-se-ia a maior segurança. Entretanto, houve quem propusesse a supressão da sutura do plano mucoso, invertendo as bordas da secção mucosa, sob a alegação de que a cicatrização da mucosa é uma cicatrização que se faz rapidamente, portanto não havendo necessidade de suturá-la. Em conseqüência disso, hemor-

---

(\*) Palavras proferidas em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, realizada em 24-11-60.

ragias posoperatórias foram verificadas com bastante freqüência. É por isso que certos cirurgiões, principalmente os da escola européia, têm a preocupação de fazer, previamente, a ligadura dos principais vasos da parede gástrica, de maneira que, num trabalho beneditino, procuram ligar os vasos maiores da muscular e da submucosa antes de procederem à sutura das paredes do estômago ao segmento intestinal escolhido. Nessas condições, poderiam fazer, sem o perigo da hemorragia posoperatória, até uma simples sutura única se não houvesse o risco da deiscência por falta de cicatrização em tecidos pouco irrigados.

De nossa parte, vimos seguindo a velha orientação do nosso mestre, de fazer a sutura em 3 planos, como atrás foi descrito, e não nos arrependemos de segui-la, porquanto os resultados que vimos colhendo são perfeitamente justificativos da continuação do uso dessa técnica.

Há ainda, no tempo relativo à feitura da bôca anastomótica, um pormenor que tem chamado a atenção de muitos pesquisadores, principalmente daqueles experimentadores que usam os animais como meio de comprovação da eficácia de processos cirúrgicos. Referimo-nos ao uso de clampes do tipo Abbadie. Proscrevem-no sob a alegação de que eles podem lesar a mucosa um pouco acima da bôca anastomótica e também na parede do intestino, produzindo aí erosões que seriam fontes de hemorragias. Publicaram-se dados demonstrativos dos malefícios dos clampes. Entretanto, na prática, podemos considerar que o uso dessas pinças não é assim tão perigoso como têm acentuado os pesquisadores. Sabemos que um doente bem preparado, um doente que seguiu uma terapêutica clínica bem conduzida, em regra geral vai à cirurgia sem nos apresentar gastrite. Outros doentes, por uma falha desse tratamento, pela inobservância das prescrições médicas ou por condições peculiares ao caso, podem apresentar uma mucosa bastante inflamada e portanto muito friável e suscetível de se romper ao fechamento de um clampe. Quando verificamos a existência de uma gastrite intensa, que em geral é perceptível ao



1. Esmagamento da bulbo.



2. Ligadura ao nível do esmagamento.



3. Segunda ligadura transfixante com o mesmo fio da primeira.



4. Preparo da bolsa de invaginação do coto duodenal.

exame radiológico, devemos ter redobrado cuidado no fechamento desses clampes para que eles não lesem a parede gástrica. Se isso acontecer, porém, não devemos ter grande receio, já que a cicatrização da mucosa se faz rapidamente, de sorte que, na prática, as lesões produzidas pelo clampê não têm a significação que lhe querem dar os experimentadores.

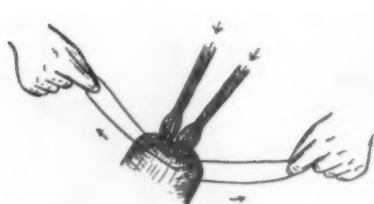
Se o Prof. Montenegro acha que o tempo principal para a segurança do enfêrmo gástrico é esse, podemos dizer, contudo, que em um certo número de casos também tem uma importância capital o tratamento do coto duodenal. Num grande número de casos, podemos fazer uma libertação fácil do bulho duodenal, permitindo-nos o seu fechamento em boas condições, mas, em certos casos, principalmente em doentes de evolução muito demorada, vamos encontrar dificuldades às vêzes bastante grandes, na libertação desse segmento. Nos casos difíceis devemos procurar, para o fechamento do coto duodenal, um processo que nos dê segurança e que evite o aparecimento de fistulas duodenais que tempos atrás eram muito numerosas, chegando em algumas estatísticas até a 8 ou 10% dos casos operados e que hoje, com os cuidados maiores nesse tempo da



5. Pinças do Pean orientam a secção do duodeno.



6. O coto duodenal é suspenso pelas pinças de Pean.



7. Maneira de se proceder ao sepultamento do coto.



8. Fechamento hermético do coto duodenal.

cirurgia, vêm sendo reduzidas, mas ainda se observam, em certos serviços, em percentagens que vão até 2 e 3%.

Em nosso Serviço, graças àquela mesma orientação que recebemos do Prof. Montenegro, verificamos que é uma raridade o aparecimento da fistula duodenal posoperatória. Ela só tem ocorrido em casos de libertação difícil do bulbo duodenal, quando vamos comprometer a circulação desse segmento, diminuindo-lhe as possibilidades de uma cicatrização pronta e segura ou então naqueles poucos casos em que o processo normalmente usado no Serviço não poudeser feito, obrigando-nos a recorrer a outros tipos de sutura de emergência.

Numa série de quase 3.000 intervenções de cirurgia gástrica, não chegam a 20 os casos de fistula posoperatória que tivemos a lamentar. Para tão bons resultados, usamos uma ligeira modificação do processo de Doyen que nos dá maior segurança; consiste na simples ligadura do coto duodenal, seguida de segunda ligadura transfixante com o mesmo fio, e da sua invaginação numa bolsa previamente feita.

Ligamos o ântro gástrico com uma gaze, para evitar a passagem do conteúdo gástrico para o campo operatório; havendo lesão ulcerosa no bulbo, fazemos o esmagamento do duodeno logo abaixo dela ou mesmo ao seu nível ou ainda, certas vèzes, até acima dela,



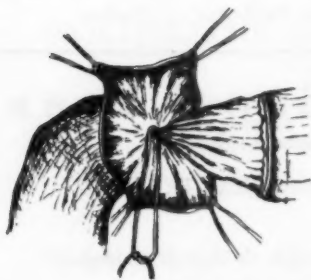
9. Linha de secção do antro acima do piloro, as assinalada pela artéria pilórica.



10. Secção das camadas musculares do estômago até expor a submucosa.

não nos preocupando em que fique "in situ" a lesão que nos levou a fazer a cirurgia, porque ela rapidamente cicatrizará, uma vez que o conteúdo alimentar não mais passe pelo tubo duodenal. Esse esmagamento tem a significação de produzir uma linha de secção da mucosa e é justamente a esse nível que vamos fazer a ligadura, de maneira que o nó é feito onde há um sulco de interrupção da camada mucosa do bulbo, obtendo-se um hermético fechamento da sua luz. Não nos contentamos com a simples ligadura, porque, quando se vai proceder às manobras de invaginação, pode acontecer que essa ligadura escape e então tomamos a iniciativa de fazer uma segunda ligadura transfixante com o mesmo fio que serviu para fazer a primeira, de maneira que passamos o fio uma vez acima, outra vez abaixo da primeira ligadura, impedindo que as paredes do bulbo escoregem, mesmo que se empregue uma certa pressão no ato do sepultamento. Feita a segunda ligadura, vamos proceder ao preparo da bolsa na qual vai ser invaginado o coto depois de seccionado o bulbo. Colocamos pinças de Pean logo acima da ligadura, antes de seccionar o duodeno, e isso não só para nos orientar quanto ao nível da secção, como também para nos permitir uma boa tomada desse coto, facilitando a manobra do seu sepultamento na bolsa previamente feita. Dada a forma peculiar que têm as pinças de Pean, a sua retirada da bolsa não oferece dificuldade. Isso feito, dá-se o nó e depois se ajusta, para maior segurança, a colocação de retalhos epilóicos sobre o coto duodenal.

Acontece que, em certos casos, não podemos fazer uma libertação segura do bulbo, pelo receio de comprometer a sua circulação. Pela intensidade de aderências e pela infiltração dos tecidos próximos ao bulbo duodenal, pode ser aconselhável que não se faça o seu descolamento. Podemos recorrer em tal emergência ao processo de sec-



11. A mucosa é separada das camadas musculares até o anel pilórico, onde se faz uma ligadura.



12. Secção da mucosa gástrica acima da ligadura, seguindo-se sutura das camadas musculares.

cionar o estômago e retirar a mucosa do ântro, deixando-se sem tocar a primeira porção do duodeno.

Tivemos necessidade, ultimamente, de recorrer a essa orientação em 2 casos, que tiveram evolução muito feliz. O procedimento que usamos nesses casos, pode ser apreciado nos desenhos feitos pelo Dr. Kumagae. Depois de fazermos a ligadura do ântro um pouco acima do pilôro, fazemos uma incisão circular em pleno ântro, abrangendo as camadas serosas e muscular, para expôr e dissecar apenas a submucosa, onde nos detemos; vamos, então, promover o descola-



13. Sutura sero-serosa de recobrimento completa o tempo operatório.

mento da parte distal da mucosa do ântro até chegar ao nível do pilôro. Obtemos um manguito mucoso que podemos ligar de forma segura junto ao pilôro, o que evita o refluxo do conteúdo do duodeno. Feita essa ligadura seccionamos o manguito mucoso acima dela, recuamos para a esquerda a peça gástrica e vamos então fazer a sutura contínua da parede sero-muscular, sutura simples, que pode ser também seguida de uma segunda sutura invaginante, de maneira a obtermos o fechamento hermético e seguro da região do pilôro.

Trouxemos aqui estas considerações a respeito da segurança em cirurgia gástrica para salientar que, quase sempre, com os processos mais simples podemos obter os melhores resultados.

## Sanatório São Lucas

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

★

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"  
mantido pelo Sanatório São Lucas*

★

Rua Pirapitingui, 80 — Tel 36-8181 — SÃO PAULO

# VASODILATADORES HOUDÉ

## PAPAVERINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

<i>Ampólas</i>	<i>Comprimidos</i>	<i>Grânulos</i>
0,05 g	0,10 g	0,04 g
0,10 g	0,25 g	
0,20 g		

## OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

<i>Comprimidos</i>	<i>Ampólas</i>
0,15 g	0,30 g

## OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

<i>Comprimidos</i>	<i>Ampólas</i>
Oxyphylline ..... 0,15 g	Oxyphylline ..... 0,30 g
Papaverina ..... 0,04 g	Papaverina ..... 0,06 g
Fenobarbital ..... 0,01 g	

## NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÚVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

*Ampólas*  
0,05 g de amikhelline

## NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

<i>Drágeas</i>	
Amikhelline .....	0,05 g
Papaverina .....	0,05 g
Fenobarbital .....	0,01 g



LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

RIO — Caixa Postal, 489  
Telefone 52-1556

S. PAULO — Caixa Postal, 606  
Telefone 36-5111



## **TIROCIN**

### **XANTOCILINA - TIOTRICINA**

Associação antibiótica sinérgica  
para uso tópico

ANGINAS, LARINGITES, ESTOMATITES,  
GENGIVITES.

PASTILHAS DE

### **TIROCIN**

1 pastilha quatro a seis vezes ao dia.  
Caixa com 18 pastilhas.

PIODERMITES, ECZEMAS  
INFECTADOS, QUEIMADURAS.

POMADA DE

### **TIROCIN**

Uma aplicação diária. Tubo com 5 gramas.

FERIMENTOS, OTITE EXTERNA

PÓ DE

### **TIROCIN**

Uma ou duas aplicações ao dia.  
Tubo plástico com 8 gramas.



## **INSTITUTO PINHEIROS,**

**PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A. - SÃO PAULO - BRASIL**

Mediante acordo com a

**CHIEBE GRUENTHAL GMBH, STOLBERG IM RHEINLAND - ALEMANIA**

## Hérnia do hiato diafragmático (\*)

Dr. EDWIN BENEDITO MONTENEGRO

(Do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de São Paulo)

Após a brilhante e completa exposição do Dr. Campanário, pouco nos resta para dizer. No entanto, alguns pontos devem ser frizados: — O primeiro problema é do diagnóstico. Este nem sempre é fácil, por dois motivos: ou o clínico não pensa na hérnia do hiato, ou o radiologista não faz o exame pensando nessa moléstia, passando despercebida ao exame radiológico.

O clínico pode fazer confusão no diagnóstico quando os sintomas que predominam, são do lado do aparelho cárdio-respiratório — são as dores anginóides e as dispnéias. Um dos nossos pacientes ficou um ano de cama com o diagnóstico de angina. Ao fim de um ano, uma chapa simples do torax, acusou a hérnia. Foi operado e voltou a trabalhar ativamente.

O radiologista em geral recebe o pedido de exame do estômago e duodeno. Se este exame for negativo, o exame cuidadoso do hiato deve ser feito. Aliás este exame deve entrar na rotina sempre que for pedido um exame do conjunto gastroduodenal.

O radiologista tem também a grande responsabilidade de não fazer confusão entre a bolsa gástrica epifrênica e as hérnias do hiato.

Ackerlund, em 1926, classificou as hérnias do hiato em: TIPO I: *Hérnia gástrica reversível por incompetência do hiato*. O esôfago é de tamanho normal e o estômago e esôfago ficam no mesmo eixo. TIPO II: *Hérnia paraesofágica*. O estômago fica ao lado do esôfago. TIPO III: *Hérnia gástrica por esôfago curto*.

Atualmente devemos acrescentar a hérnia para-hiatal de Sweet.

Uma vez feito o diagnóstico de hérnia do hiato, precisamos saber qual a orientação a seguir. A grande maioria das hérnias do hiato são achados ocasionais ou de sintomatologia pequena — que não justificam uma intervenção cirúrgica. Só temos operado aqueles casos em que há dores anginóides fortes, dispnéias, perturbações gástricas intensas, disfagias e hemorragias. Somente estes casos devem ser operados, pois muitas vezes as perturbações do paciente são devidas à uma úlcera duodenal, gastrites, colecistites, colites e uma

---

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 6 de dezembro de 1960.

operação sobre o hiato não resolveriam o problema e talvez, até piora a sintomatologia.

O tratamento clínico consiste em o paciente comer pouco de cada vez, não usar líquidos durante a refeição. Alimentos que neutralizem o ácido clorídrico. Não deitar-se após as refeições. Dormir quase sentado.

A medicação deve ser anti-espasmódica, sedativa e anti-ácida. Fortificantes — Aspiraões endoscópicas e passagem de sondas de borracha através do esôfago.

Se o tratamento clínico não resolver, o paciente irá à cirurgia.

A cirurgia deve reparar o hiato diafragmático e evitar a recidiva.

Existem quatro técnicas :

1) **Harrington.** — Via de acesso abdominal, redução da hérnia e fechamento do hiato. Vantagens: Verificar as vísceras abdominais e lesões associadas. Desvantagens: A redução da hérnia e o fechamento do hiato pela via abdominal é difícil porque chega ao diafragma pela sua concavidade.

2) **Sweet.** — Via de acesso transtorácica. Dissecção. Dissecção da hérnia, redução para a cavidade abdominal. Pregueamento do peritônio do saco. Estreitamento do hiato. Sutura do esôfago ao diafragma. Vantagens: Atinge o saco herniário diretamente e chega ao diafragma pela convexidade.

3) **Allison.** — Via de acesso transtorácica — Abre o diafragma. Disseca o saco herniário — Reduz a hérnia, estreita o hiato, sutura o estômago na face côncava do diafragma.

4) **Wangensteen.** — Via de acesso transtorácica — Abre o hiato e o diafragma. Muda o esôfago para uma posição mais ventral e fecha o hiato antigo. O novo hiato é feito sob medida.

Em qualquer das técnicas temos alguns detalhes que ajudam o ato cirúrgico. Se o esôfago estiver "encurtado" e após a dissecção ele não descer ao abdome, podemos esmagar o nervo frênico e assim, o diafragma sobe um a dois centímetros. Senão fôr suficiente, seccionar os nervos vagos, o que faz o esôfago descer mais 1 —2 cms. No esôfago curto, muitas vezes não conseguimos realizar êsse ato cirúrgico, pois não há possibilidade do esôfago chegar até o abdome.

No momento de diminuirmos o tamanho do hiato, é preferível que fechemos um pouco mais, do que deixar folgado. Pode acontecer que o paciente apresente ligeira disfagia, mas uma ou duas dilatações logo resolverão êsse estrangulamento.

Finalmente, o problema da recidiva.

Felizmente, nos nossos casos cerca de dez não tiveram recidiva. A técnica usada de preferência foi a de Asseésion. Achemos que ainda não tivemos recidivas porque os casos são poucos. Tivemos a opor-

tunidade de reoperar dois casos, operados em outros serviços. Os dois pacientes contaram acessos de tosse no pós-operatório imediato. O Dr. Campanário cita dois casos de pacientes nadadores e que após mergulhos sentiram dôr violenta e tiveram recidiva.

Eram essas as considerações que queríamos fazer, lembrando que a hérnia do hiato é entidade rara e que a indicação cirúrgica deve ser sempre bem estudada antes de indicada.

Queremos agradecer a todos pela atenção dispensada e ao Dr. Eurico o nosso muito obrigado pela oportunidade que nos deu de discutir nesta casa um assunto que tanto nos tem entusiasmado e ao qual temos dispensado especial carinho.

## CASA MACHADO



*João A. Machado S.A.*

Ferragens, tintas e louças. Distribuidores dos utensílios domésticos marca "Pyrex". Artigos para Lavoura. Fabricantes de pregos e grampos de cerca marca *Jaibaras*.

**Vendas por atacado**

*Escritório:*

R. WASHINGTON LUIS, 236 - 3.º - S/300/2

Telefone, 33-1564

*Depósito e Fábrica:*

RUA JAIBARAS, 127

Telefone, 93-5200

CAIXA POSTAL, 4.628

SÃO PAULO

UM NOVO NEUROLÉPTICO

# NEOZINE

7044 R P

Levo-metóxi-3' (dimetilamino-3' metil-2'  
propil)-10 fenotiazina

## CLÍNICA GERAL

**AFEÇÕES ALÉRGICAS:** asma, corizas estacional e espasmódica, pruridos, urticária, edema de Quincke, doença do soro.



**DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS:** distúrbios hepatovesiculares, cardiospasmos, insônias, soluços, náuseas e vômitos.



**ALGIAS REBELDES:** dores cancerosas, labéticas, reumáticas, zosterianas, pós-operatórias e outras.



**PEDIATRIA:** neurotoxicoses do lactente. Vômitos habituais do lactente, da coqueluche, da cetonemia. Encefalites pós-infecciosas. Laringites agudas.



## APRESENTAÇÕES

**COMPRIMIDOS** - Frascos de 20 e de 250 a 5 mg de base ativa.  
**GOTAS** - Frasco de 10 cm<sup>3</sup> de solução a 4% de NEOZINE.



*A marca de confiança*

**RHODIA**

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

# Hernias do hiato esofagiano (\*)

(Sinopse dos sinais radiológicos)

Dr. MANOEL DE ABREU CAMPANÁRIO

Radiologista do IAPFESP, São Paulo

## I. Hérnia hiatal esôfago-gástrica:

1. Cárdia acima do diafragma;
2. Saco herniário se pequeno: *a)* possível confusão com ampola frênica; *b)* possível confusão com divertículo epifrênico; *s)* diagnóstico de ordinário só possível com técnica especial (decúbito, Trendelenburg, manobra de Valsava, etc.);
3. Saco herniário se grande: *a)* presença ou não de câmara de ar visível acima do diafragma antes e depois da ingestão do mingau baritado; *b)* estrias longitudinais, paralelas, dando imagem em forma de carambola (dobras da mucosas gástrica); *c)* estômago desviado para cima e para a esquerda;
4. Alargamento anormal do hiatus;
5. Esôfago desembocando em pleno saco herniário.
6. Esôfago sinuoso, tortuoso; redundante;
7. A porção terminal do esôfago, às vezes, algo alargada;
8. Saco herniário de forma ampular ou algo irregular, quase sempre reversível;
9. Porção terminal do esôfago, eventualmente, algo invaginada na abóbada do saco herniário;
10. Segmento gastroesofágico de expulsão (*cárdia, vestibulo gastroesofágico, esfínter inferior do esôfago e ampola frênica*) raramente bem individualizado;
11. Esofagite crônica não muito rara: *a)* estreitamento irregular da luz esofágica; *b)* úlcera péptica;
12. Diagnóstico diferencial: possível confusão com o *esôfago curto*.

(\*) Esquema de conferência proferida na Sociedade Médica São Lucas em 6 de dezembro de 1960.

## II. Esôfago curto (Braquiesôfago):

1. Cárdia acima do diafragma;
2. Esôfago reto, às vezes ligeiramente estirado;
3. Porção gástrica supradiafragmática; de forma ampular, saciforme, simulando saco herniário;
4. Alargamento anormal do hiatus;
5. Esôfago desembocando verticalmente na porção gástrica supradiafragmática;
6. Porção gástrica supradiafragmática jamais reversível, e apresentando estrias longitudinais, paralelas (dobras da mucosa gástrica);
7. Estômago desviado para cima e para a esquerda;
8. Individualização do *segmento gastroesofágico de expulsão* de ordinário difícil devido ao estiramento do esôfago;
9. Impossibilidade de invaginação do esôfago terminal na porção gástrica supradiafragmática devido ao estiramento do esôfago;
10. Esofagite: não muito rara: a) estreitamento irregular da luz esofágica; b) úlcera péptica, etc.;
11. Diagnóstico diferencial: possível confusão com a *hérnia hiatal esofagagástrica*.

## III. Hérnia hiatal paraesofágica:

1. Cárdia ligeiramente abaixo do diafragma;
2. Saco herniário se muito pequeno: a) nota-se, às vezes, a chamada *imagem do duplo anel* (superposição do pequeno saco herniário com o *vestíbulo gastroesofágico*); b) possível confusão com divertículo epifrênico;
3. Saco herniário grande: a) presença ou não de câmara de ar visível acima do diafragma; b) as dobras da mucosa gástrica aparecem em forma de estrias mais ou menos paralelas, embora, de ordinário, de direção oblíqua; c) estômago desviado para cima e para a esquerda;
4. Saco herniário ao lado do esôfago, mais comumente por trás ou à esquerda.
5. Esôfago inferior arqueado devido à compressão extrínseca do saco herniário, desembocando no estômago em ângulo anormal;
6. Esôfago inferior e saco herniário, na zona do arqueamento estão em contacto: o espaço entre eles é, quase sempre, nulo;
7. Esôfago não sinuoso, não tortuoso, não redundante;
8. Esofagite crônica (muito rara);
9. Diagnóstico diferencial: possível confusão com a H. P. H.

**IV. Hérnia parahiatal (Hérnia de Sweet):**

1. Cárdia abaixo do diafragma;
2. Saco herniário se muito pequeno: possível confusão com o divertículo epifrênico;
3. Saco herniário grande: a) presença ou não de câmara de ar visível acima do diafragma; b) dobras da mucosa gástrica em forma de estrias paralelas, grosseiras, de ordinário, de direção oblíqua; c) antro e corpo gástricos desviados para cima e para a direita;
4. Esôfago inferior, embora nem sempre, como na H.H.P.E., arqueado devido à proximidade do saco herniário, entrando no estômago em ângulo anormal;
5. Presença, às vezes, de espaço maior ou menor entre o esôfago inferior e o saco herniário; o dito espaço é, de ordinário, mais visível ao nível do diafragma;
6. Esôfago não sinuoso, não redundante;
7. Esofagite crônica: muito rara;
8. Diagnóstico diferencial: possível confusão com a H.H.P.E.

# NOROCOLINA

## Vaso-dilatador coronariano e diurético

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

*Cooperadores da*

## Fundação para o Progresso da Cirurgia

Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.  
Carlo Erba do Brasil S. A.  
Companhia Química Rhodia Brasileira  
Companhia Sul Americana de Investimentos, Crédito  
e Financiamento  
Dr. Sylvio Costa Boock  
E. R. Squibb & Sons S. A.  
Eli Lilly and Company of Brazil Inc.  
Hoechst do Brasil S. A.  
Indústria Química e Farmacêutica Schering S. A.  
Indústrias Químicas Mangual S. A.  
Instituto De Angeli do Brasil  
Instituto Farmacêutico de Produtos Científicos Xavier  
Instituto Pinheiros  
Instituto Terapêutico Activus Ltda.  
João A. Machado S. A.  
Laboratório Beltrand Ltda.  
Laboratório Climax S. A.  
Laboratório F. Pierre S. A.  
Laboratório Farmacêutico Internacional S. A.  
Laboratório Paulista de Biologia S. A.  
Laboratório Pharma  
Laboratório Silva Araujo Roussel S. A.  
Laboratório Sintético Ltda.  
Laboratório Terápica Paulista S. A.  
Laboratório Torres S. A.  
Laboratório Yatropan S. A.  
Laboratórios Ayerst Ltda.  
Laboratórios Enila S. A.  
Laboratórios Farmacêuticos Vicente Amato —  
Usafarma S. A.  
Laboratórios Novotherapica S. A.  
Laboterapica-Bristol S. A.  
Opoterapica Nespa S. A.  
Organon do Brasil S. A.  
Produtos Nestlé  
Produtos Roche, Químicos e Farmacêuticos S. A.  
Sandoz do Brasil S. A.

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

(para doze anúncios)

	Cr\$
Capa externa (12 x 19 cm) por vez .....	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez .....	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez .....	6.000,00
1/2 página (9 x 12 cm) por vez .....	3.500,00
1/4 página (9 x 5,5 cm) por vez .....	2.500,00
Encarte por vez .....	4.000,00
6 inserções mais .....	20 %
3 inserções mais .....	40 %

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior  
da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



### OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinto, 616/628 — Tels. 7-6902/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

# PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÔLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas

I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN  
NOVATROPINA

II **ANALGÉSICO** = STEGALGIN

III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente

## INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-infrantes do parto, enxaqueca.

\* \*

*Laboratório Sintético Ltda.*  
Rua Tamandaré, 777 - Tel. 36-4572  
SÃO PAULO

São Paulo Editora S. A. imprimiu.

